This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

COUNTWAY LIBRARY
HC 53EQ Y

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY

TROISIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL

DES

MÉDECINS DE COMPAGNIES D'ASSURANCES

TENU A PARIS DU 25 AU 28 MAI 1903

51155. — PARIS, IMPRIMERIE LAHURE
9, rue de Fleurus, 9

TROISIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL

DES

MÉDECINS DE COMPAGNIES D'ASSURANCES

TENU A PARIS DU 25 AU 28 MAI 1903

20431

PROCÈS-VERBAUX DES SÉANCES

PUBLIÉS PAR

M. LE Dr ARMAND SIREDEY
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
Secrétaire général du Congrès

PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1903

BOSTON MEDICAL
MAR 4 1922
LIBRARY

36
0
86
1922

CATALOGUED
MAR 4 1922
M. E. C.

TROISIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL

DES

MÉDECINS DE COMPAGNIES D'ASSURANCES

PRÉSIDENT D'HONNEUR

M. Georges Trouillot, Ministre du Commerce et de l'Industrie.

VICE-PRÉSIDENTS D'HONNEUR

M. le Baron Maurice van der Bruggen, Ministre de l'Agriculture en Belgique.

M. le Dr A. Kuijper, Ministre de l'Intérieur en Hollande.

PRÉSIDENT

M. le Professeur Brouardel, Doyen honoraire de la Faculté de Médecine, Membre de l'Institut, Membre de l'Académie de Médecine, Grand Officier de la Légion d'honneur.

VICE-PRÉSIDENTS

M. le Dr Landouzy, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine, Membre de l'Académie de Médecine, Officier de la Légion d'honneur.

M. le Dr Peyrot, Sénateur, Chirurgien de l'hôpital Lariboisière, Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine, membre de l'Académie de Médecine, Officier de la Légion d'honneur.

M. le Dr Lereboullet, Membre de l'Académie de Médecine, Officier de la Légion d'honneur.

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

M. le Dr Armand Siredey, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL ADJOINT

M. le Dr Emery, Ancien chef de clinique de la Faculté de Médecine.

SECRÉTAIRES DES SÉANCES

M. Charles Mantoux, Interne des hôpitaux.
M. Schott, Étudiant en médecine.

TRÉSORIER

M. Pierre Masson, Éditeur.

DÉLÉGUÉS OFFICIELS DES DIVERS GOUVERNEMENTS

Belgique. — M. le Dr Poëls, médecin-expert en chef de la Compagnie belge d'Assurances Générales ; M. le Dr Mahillon, médecin conseil de la caisse d'Assurance annexée à la Caisse générale d'Épargne et de Retraite.

Danemark. — M. de Rothe, chambellan de Sa Majesté le Roi de Danemark, directeur des Assurances sur la vie de l'État danois.

Italie. — M. le marquis Paulucci de Carboli, premier secrétaire de l'ambassade d'Italie, à Paris.

Pays-Bas. — M. le Dr Kooperberg, conseiller médical près la Banque d'assurances de l'État, à Amsterdam.

VICE-PRÉSIDENTS

Allemagne. — M. le Dr Beuster, Sanitätsrat., de Berlin; M. le Dr Florschütz, de Gotha; M. le Dr Grosse, de Leipzig; M. le Dr Wolff, de Berlin.

Angleterre. — M. le Dr Rockwell, de Londres.

Belgique. — M. le Dr Vleminckx; M. le Dr Poëls; M. le Dr Mahillon.

Danemark. — M. de Rothe; M. le Dr Salomonsen.

Espagne. — M. le Dr Sierra, de Bilbao.

Italie. — M. le marquis Paulucci de Carboli.

Norvège. — M. le Dr Thaulow, médecin en chef de la Compagnie d'Assurances « Brage ».

Pays-Bas. — M. le Dr Coert, de la Haye; M. le Dr Van Geuns, d'Amsterdam; M. le Dr Kooperberg.

Russie. — M. le Dr Moritz, de Saint-Pétersbourg; M. le Professeur Petersen, de Saint-Pétersbourg.

Suède. — M. le Professeur Curt Wallis, M. Sven Palme.

Suisse. — M. le Dr Dufour, de Lausanne, et M. le Dr Schulthess, de Zurich.

MEMBRES DONATEURS DU CONGRÈS

LES COMPAGNIES D'ASSURANCES FRANÇAISES SUR LA VIE

L'Abeille, 57, rue Taitbout, à Paris.
L'Aigle, 44, rue de Châteaudun, à Paris.
La Compagnie d'Assurances générales, 87, rue de Richelieu, à Paris.
La Caisse Paternelle, 4, rue Ménars, à Paris.
La Confiance, 2, rue Favart, à Paris.
La France, 18, rue de Grammont, à Paris.
La Foncière, 17, rue Louis-le-Grand, à Paris.
Le Monde, 16, rue Le Peletier, à Paris.
La Mutuelle, place de la Cathédrale, à Rouen.
La Nationale, 17, rue Laffitte, à Paris.
Le Nord, 20, rue Le Peletier, à Paris.
Le Patrimoine, 59, rue Taitbout, à Paris.
Le Phénix, 33, rue Lafayette, à Paris.
La Providence, 12, rue de Grammont, à Paris.
Le Soleil, 44, rue de Châteaudun, à Paris.
L'Union, 9, place Vendôme, à Paris.
L'Urbaine, 8, rue Le Peletier, à Paris.

LISTE DES MEMBRES DU IIIE CONGRÈS DES MÉDECINS

DE COMPAGNIES D'ASSURANCES

Allemagne.

M. le Dr Alexander, Berlin.
M. le Dr Bahrdt, Hofrat, Revisionarzt der « Lebensversicherungs-Gesellschaft », Leipzig.
Berlinische Lebensversicherungs-Gesellschaft in Berlin, Berlin.
M. le Dr Beuster, Geheim, Sanitätsrat, Revisionsarzt der « Berlinische Lebensversicherungs-Gesellschaft », Berlin.
M. le Dr Bierbach, Revisionsarzt der « Augusta », Berlin.
M. le Dr Dambacher, Chefarzt der Allgemeinen Versorgungsanstalt, Karlsruhe (Baden).
M. le Dr Eschenburg, Chefarzt der « Deutschen-Lebensversicherungs, Gesellschaft » in Lübeck.
M. le Dr Florschütz, Chefarzt der Lebensversicherungsbank für Deutschland Zu Gotha.
M. le Dr Freund, Stettin (Poméranie).
M. le Dr Frick, Halle.
M. le Dr Grosse (Paul), Médecin en chef de « Lebensversicherungs bank », Leipzig.
M. Halm, Directeur général de la « Wilhelma », Magdeburg.
Gothaer Lebensversicherungs Bank und Co, Gotha.
M. le Dr Kleinschmidt, Chefarzt der Vaterländische Lebensversicherungs Gesellschaft, Elberfeld.
Kölnische Rückversicherungs-Gesellschaft, Cologne.
M. le Dr Manès (Alfred), Secrétaire général de l'Association allemande pour les Sciences de l'Assurance, Berlin.
Preussische Lebensversicherungs-Actien-Gesellschaft, Berlin.
M. le Dr Rosenthal, Wiesbaden.
M. le Dr Sternberg, Berlin.
M. le Dr Stemler, Bad. Ems.

Teutonia Lebensversicherung-Gesellschaft, Leipzig.
M. le Dr Volborth, Revisionarzt der « Lebensversicherungs-Gesellschaft Victoria », Berlin.
« Wilhelma » Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft Magdeburg.
M. le Dr Wolff, Revisionarzt der « Preussischen Lebensversicherungs Gesellschaft », Berlin.

Angleterre.

M. le Dr S. W. Carruthers, M. D. Edinburgh, Londres.
M. le Dr Gilbert, Mutual Life association of Australasia, Londres.
M. le Dr Hingston Fox, médecin en chef des Compagnies « United Kingdom Provident institution » et « Friend's Provident institution », Londres.
M. le Dr Johnson, Médecin expert en chef de la « Gresham Life Assurance », Londres.
M. le Dr Rockwell, Directeur pour la Grande-Bretagne et l'Irlande de l'« Équitable » des États-Unis, Londres.
Scottish Amicable Life Assurance Society, Glasgow.

Autriche.

M. Gentilli, Directeur général de la première compagnie autrichienne d'assurances générales, Vienne.
M. Loewenberg (Samuel), Rédacteur en chef de la *Revue Autrichienne*, à Vienne.
M. le Dr Pernitza (Emil), Médecin de « Erster Allgemeiner Beamtenverein der Osterr. Ungar Monarchie », Vienne.
M. le Dr Telcky, Médecin en chef du « Phénix autrichien », à Vienne.
M. le Dr Menz (Edouard), Médecin-reviseur des « Assurazioni Generali », Trieste.
Riunione Adriatica di sicurita, Trieste.

République Argentine.

M. le Dr F. Simon, médecin de la Compagnie franco-argentine, Buenos-Aires.

Belgique.

M. Adan, Directeur de la « Royale Belge » à Bruxelles.
M. le Dr Capouillet, Directeur général de la Compagnie belge d'Assurances Générales, Bruxelles.
M. le Dr Crocq, Médecin-expert de la Compagnie d'assurances la « Royale Belge » Bruxelles.
M. le Dr Falk (Henri), Bruxelles.
M. le Dr Fernandez (Robert), Médecin-adjoint de la Compagnie belge d'Assurances Générales, Bruxelles.
M. le Dr Gunzburg, Anvers.
M. le Dr Glorieux, Médecin-expert de la Compagnie « Kosmos », Bruxelles.
M. le Dr Jeanne, Médecin-expert de la Compagnie belge d'Assurances Générales, Liège.
M. le Dr Lorthivir, Bruxelles.
M. le Dr Lust (A.), Bruxelles.
M. le Dr Mahillon, Conseil médical de la Caisse d'assurance annexée à la Caisse générale d'épargne sous la garantie de l'État, en Belgique, Bruxelles.
M. Maingie, Actuaire de la Compagnie belge d'Assurances Générales, Bruxelles.
M. le Dr Moeller, Bruxelles.
M. le Dr Moreau, Bruxelles.
M. le Dr Poels, Ex-médecin adjoint des hôpitaux de Bruxelles, Médecin-expert en chef de la Compagnie belge d'Assurances Générales sur la vie et contre les Accidents, Secrétaire général de l'Association internationale des Médecins-experts de Compagnies d'assurances, Bruxelles.
M. le Dr Rossomme, Médecin-expert de la Compagnie belge d'Assurances Générales, Bruxelles.
M. Sebille, Directeur de l'« Équitable » des États-Unis, Bruxelles.
M. le Dr Thiltges, Bruxelles.
M. le Dr Verhoogen, Bruxelles.
M. le Dr Verriest, Louvain.
M. le Dr Walraven, Bruxelles.
M. le Dr Vleminckx, Médecin-expert de la Compagnie le « Gresham », Bruxelles.
Caisse générale d'Épargne et de Retraite, Bruxelles.
Compagnie belge d'Assurances générales, Bruxelles.

Danemark.

M. le Dr Billenstein (Carl), Directeur de la Compagnie d'assurances « Dan », Copenhague.
M. le Dr Hassing (Joh.), Médecin en chef de la Compagnie « Nordisk Livsforsikringsaktieselskab », Copenhague.
M. le Dr Kraft, Copenhague.
M. le Chambellan de Rothe, directeur des Assurances sur la vie de l'État Danois, Copenhague.
M. le Dr Salomonsen (W.), Médecin en chef de la Compagnie « Danemark », Copenhague.

Espagne.

M. Aveline, Benevente, directeur de l'« Équitable » des États-Unis, Madrid.
M. le Dr Grinda (José), Médecin de l'« Équitable » des États-Unis, Madrid.
M. le Dr Guerra, Médecin de la Compagnie d'assurances « Hispania », Barcelone.
M. le Dr Oloviz (Frédérico), Médecin-inspecteur de l'« Équitable » des États-Unis, Madrid.
M. Rosillo (A. Juan), Directeur de la Succursale en Espagne de l'« Équitable » des États-Unis, Madrid.
M. le Dr Sierra, Bilbao.
M. le Dr Ulecia (Raphael), Vice-directeur médecin de l'« Équitable » des États-Unis, Madrid.

États-Unis.

M. le Dr Armstrong (S. F.), Medical Department Washington Life Insurance, New-York.
M. le Dr Marsh (Elim J.), Mutual Life Assurance, New-York.

France.

M. le Dr Arago, Médecin de la Compagnie « le Soleil », Paris.
— Baillet, Paris.
— Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, Paris.
— Belin, Médecin des hôpitaux, Paris.
— Beltz, médecin de la « Caisse Paternelle », Paris.
M. Bizos, membre agrégé de l'Institut des Actuaires français, directeur de « l'Aigle-Vie », Paris.
M. le Dr Boissier, conseil médical de la Compagnie d'assurances sur la vie « l'Union », Paris.
M. le Dr Bourcy (Paul), Médecin de la Compagnie d'Assurances Générales, Paris.
M. le Dr Brault, Médecin de la Compagnie d'Assurances Générales, Paris.
M. le Dr Breuillard, Saint-Honoré-les-Bains (Nièvre).
M. le Prof. Brouardel, doyen honoraire de la Faculté de Médecine de Paris, Médecin de l'« Équitable » des États-Unis.
M. le Dr Brouillon (Théodore), médecin de la Compagnie « New-York », Marseille.
M. le Dr Cauzard, Paris.
— Chauffard, Membre de l'Académie de Médecine, Professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, médecin de l'« Aigle », Paris.
M. Chaufton (Albert), Docteur en droit, Paris.
M. le Dr Combemale (Frédéric), doyen de la Faculté de médecine, Lille.
M. le Dr Crésantigne (Mac de), médecin de l'« Equitable » des États-Unis, Paris.
M. le Dr Delabost, Médecin de la Compagnie « la Mutuelle », Rouen.
M. le Dr Descouts, Médecin de l'« Équitable » des États-Unis, Paris.
— Duboys de la Vigerie, Médecin en chef de la Compagnie « Gresham », Paris.
M. le Dr Émery, Médecin de la Compagnie « le Phénix », Paris.
M. Fassy (Victor), directeur de « l'Urbaine-Vie », Paris.
M. le Dr Garrigues, médecin en chef de la Compagnie belge d'assurances sur la vie « le Sauveur », Paris.
M. le Dr Gillet, médecin de la « Compagnie générale Néerlandaise », Paris.
M. le Dr Gouel, Médecin de la Compagnie « le Soleil », Paris.
— Guermonprez, Lille.
— Guillon, médecin de la Compagnie d'assurances « l'Ordre indépendant des Forestiers du Canada », Paris.
M. Hamon (Georges), publiciste, professeur d'assurances, Paris.

M. le Dr Hirtz, médecin de l'hôpital Necker, médecin de « l'Urbaine » et de la « Trieste », Paris.
M. le D. Kilfort, Courbevoie (Seine).
M. le Dr Labache (Henri), Paris.
M. le Prof. Lacassagne, Médecin en chef de l'« Équitable » des États-Unis, Lyon.
M. le Dr Lacombe, Médecin de « la Nationale », Paris.
M. le Prof. Landouzy, Médecin de la Compagnie d'Assurances Générales, Paris.
M. le Dr Ledé, Paris.
— Lereboullet, membre de l'Académie de médecine, directeur du service médical des Compagnies « le Monde » (vie) et « la Foncière » (vie), Paris.
M. le Dr Mauriac, Médecin de la Compagnie « l'Urbaine », Paris.
— Michon, Lyon.
— Morado (E.), Paris.
M. Moulin, directeur de la Compagnie « le Soleil » (vie), Paris.
M. le Dr Norton, médecin de la Compagnie « Mutual Life de New-York », Paris.
M. le Dr Peyrot, professeur agrégé à la Faculté de médecine, Médecin de la Compagnie « le Phénix », Paris.
M. le Dr Pouliot, Poitiers.
M. le professeur Proust, Médecin de la Compagnie « la France », Inspecteur général de l'hygiène publique, Paris.
M. Quiquet (Albert), actuaire de « la Nationale » (vie), Paris.
M. le Dr Redard, médecin de la Compagnie d'assurances sur la vie, de Zurich, Paris.
M. le Dr Régnier (Paul), Paris.
— Remy (Charles), Paris.
— Rochard, Chirurgien des hôpitaux, Paris.
— Salivas (Albert), médecin de la « Réserve Mutuelle », Paris.
— Schwebisch, Médecin de la Compagnie « le Patrimoine », Paris.
« La Semaine », (M. Mignot, directeur), Paris.
M. le Dr Siredey, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, Médecin de « l'Urbaine » et de « l'Aigle », secrétaire général du Congrès, Paris.
M. le Dr Sockeel (Émile), médecin de la Compagnie « l'Aigle », Douai (Nord).
« La Solidarité administrative », Paris.
« L'Union » et le « Phénix espagnol », Paris.
M. le Dr Villette, Paris.
— Voisin, Médecin de la Salpêtrière, Médecin de la Compagnie « la Providence », Paris.
M. le Dr Weil-Mantou, médecin de la Compagnie le « Phénix », Paris.
M. le Dr Whitman (Crosby), Médecin de « la New-York », Paris.

Hollande.

M. le Dr Barnouw, Médecin en chef de la « Levensversekering Maatschappij, opgericht door het Nederlandsch onderwijzen genootschap », Amsterdam.

M. le Dr Blankenberg, Directeur de la « Société générale néerlandaise d'assurance », Amsterdam.

M. le Dr Blooker, Médecin en chef de la « Néerlandaise », Amsterdam.

M. Boers (Henri), Directeur de la « Rotterdamsche Levensversekering », Rotterdam.

M. Bonnike (J.-E.-J.), Directeur de la « Levensversekering Bank ». Amsterdam.

M. Boon (N.-J.), commissaire délégué pour La Haye de la « Rotterdamsche Laan van Neerderwoort », La Haye.

M. le Dr Coert, Médecin en chef de « l'Eerste Nederlandsche Verzekering Maatschappij op het Leven tegen invaliditeit en ongelukken », La Haye.

M. le Directeur de la « Nationale Spaarkas », Utrecht.

M. le Dr Feith (C.-J.-L.), Médecin en chef de « l'Assurantie Maatschappij tegen Brandschade en op het leven », La Haye.

M. Goens, Directeur de la « Onderling Levensversekering van Eigen Hulp », La Haye.

M. le Dr Van Geuns, Médecin en chef de « l'Algemeene Maatschappij van Levensversekering en Lijfrente », Amsterdam.

M. le Dr Halbertsma, Rotterdam.

— Heeg, Médecin en chef de « l'Oranje-Nassau Levensversekering », Zeist.

M. le Dr C.-C. Van der Heide, médecin en chef de la Compagnie d'assurances « Arnhem », Arnhem.

M. le Dr Krol (C.-A.-J.), Harlem.

M. Lefebvre (J.), directeur de la « Rotterdamsche Levensversekering », La Haye.

Levensversekering Maatschappij, Dordrecht.

M. le Dr Lissa (Ph. Van), La Haye.

M. le Dr Lyclama a nyeholt, Médecin en chef de « la Nationale » Levensversekerings bank, Rotterdam.

M. le Dr Meulen (L.-C. Van der), médecin en chef de la Compagnie « Victoria », Amsterdam.

La Nationale, Levensverzekering Bank, Rotterdam.

M. le Dr Offerhaus (Henri), médecin en chef de la Compagnie d'assurances sur la vie « Piétas », Utrecht.

M. le Dr Perrot (A.-E. de), Médecin en chef de « l'Algemeene Maatschappij van Levensversekering en Lijfrente », Amsterdam.

M. le Dr Schevichaven (S.-R.-J. Van), directeur de la Société générale Néerlandaise d'assurances. Amsterdam.

M. le Dr Snellen (K.), médecin reviseur de la Compagnie d'assurances sur la vie « Kosmos », Zeist.

M. le Dr Snoekc (A.-J.), directeur de la Compagnie d'assurances sur la vie « Pietas », Utrecht.

Compagnie d'assurances Twerde Hollandsche, Harlem.

Versekering Maatschappij, Amsterdam.

M. le Dr Waard (de), médecin en chef de la Compagnie d'assurances « Hetwoorden », Groningue.

M. le Dr Wely (L. Van), médecin en chef de la Société d'assurance-vie « Eigen Hulp », La Haye.

M. le Prof. Wertheim Salomonson, Amsterdam.

M. le Dr Weijde (Van der), Utrecht.

— Wijk (Van), directeur de la Levensverzekering Bank, Rotterdam.

M. Witt (Johan de), Algemeene Maatschappij, van Verzekering, Tiel.

Hongrie.

M. le Dr Loew (Samuel), médecin en chef de la 1re Compagnie hongroise d'assurances générales de Hongrie, Budapest.

Italie.

M. le Dr Brambilla (N.), médecin en chef de la Compagnie d'assurances de Milan, Milan.

Compagnie d'assurances de Milan, Milan.

Japon.

M. le Dr Bunjiro Toki, Médecin en chef de la « Shinshiu Shinto », Tokio.

M. le Dr Shigetaro Iskioka, The Forst Mutual Life Insurance Co, Tokio.

M. le Dr Komatoro Humainatsu. Shinshiu Shinto, Kioto.

Norvège.

M. Hansen, directeur de la Compagnie d'assurances sur la vie « Brage », Christiania.
M. le Dr Thaulow, médecin en chef de la Compagnie d'assurances sur la vie « Brage », Christiania.

Roumanie.

M. le Dr Costinesco (Jean), Bucarest.
— Flachs, Moinesti.
Generale Societa Romania de Asigurare, Bucarest.
M. Romale (Alphonse), directeur de la Compagnie d'assurances « Patria », Bucarest.

Russie.

M. le Dr Amburger (N.), médecin de la 1re compagnie d'assurances Russe de 1827. Paris.
M. Dobroklonski, Médecin en chef de la Société Générale d'assurances sur la vie et de rentes viagères. Saint-Pétersbourg.
M. Dobrski (Konrad), Médecin en chef de la Compagnie « Providentia », Varsovie.
M. le Dr Moritz (E.), médecin en chef des Compagnies d'assurances « Rossia » et première Russe de 1827, Saint-Pétersbourg.
M. le Pr Petersen (Oscar de), médecin de la Compagnie russe pour l'assurance des capitaux et des rentes à Saint-Pétersbourg, médecin en chef de la succursale russe de la Compagnie française « l'Urbaine », Saint-Pétersbourg.
M. Pokotiloff, directeur du Comité des pensions, Saint-Pétersbourg.

Suède.

Lifförsäkrings Aktiebolaget Thule, Stockholm.
M. Sven Palme, directeur en chef de la Compagnie d'assurances sur la vie « Thule », Stockholm.
M. le Dr Ribbing, professeur à l'Université, Médecin en chef de la « Brand-och Lifförsäkringsföreningen Balder ». Lund.
M. le Prof. Wallis (C.), Stockholm.

Suisse.

M. le Dr Bernouilli (W.), médecin en chef de « la Prévoyance Suisse », Bâle.

M. le Dr Dufour-Maer, professeur à la Faculté de Médecine de Lausanne, Médecin en chef de la Compagnie d'assurances « la Suisse ».

M. le Dr Jessen (C.-C.), Berne.

— Schulthess, médecin-chef de l'Institut suisse des assurances sur la vie, Zurich.

M. Schütz (Gustave), Compagnie suisse de réassurance, Zurich.

M. Simon (Charles), directeur de la Compagnie suisse de réassurance, Zurich.

Turquie.

M. le Dr Acchisté (Peppo), Constantinople.

— Arié (Lucien), Constantinople.

— Kambouroglou, Constantinople.

— Torkomian (Vahram), médecin-expert de la Compagnie « l'Union de Paris », président du Comité Ottoman, de l'Association internationale des médecins-experts des Compagnies d'assurances, Constantinople.

TROISIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL

DES

MÉDECINS DE COMPAGNIES D'ASSURANCES

PARIS, 1909

BOSTON MEDICAL
MAR 4 1909
LIBRARY

LUNDI 25 MAI

Séance d'ouverture.

La séance est ouverte à 2 heures sous la présidence de M. le professeur P. Brouardel, Grand Officier de la Légion d'honneur, Membre de l'Institut et de l'Académie de médecine.

M. G. Trouillot, Ministre du commerce, empêché d'assister à la séance, s'est fait représenter par M. Paulet, directeur de l'Assurance et de la Prévoyance sociales au Ministère du commerce.

M. le professeur Brouardel, Président, prononce l'allocution suivante.

Messieurs et chers collègues,

Au nom du Comité d'organisation du troisième Congrès international des médecins de Compagnies d'assurances, j'ai le grand plaisir de vous souhaiter une cordiale bienvenue. N'écoutant que votre zèle pour la prospérité des œuvres de prévoyance, votre amour pour la science, vous êtes venus, de pays parfois bien éloignés, nous apporter les résultats de vos travaux et de votre expérience, nous vous en sommes profondément reconnaissants, et, grâce à vous, la Session de Paris prendra place avec honneur à côté de celles de Bruxelles et d'Amsterdam.

Monsieur le Ministre du commerce et de l'industrie tenait à vous remercier lui-même d'avoir quitté vos occupations pour venir en France étudier avec nous les problèmes que doivent chaque jour résoudre les médecins de Compagnies d'assurances, il voulait égale-

ment vous dire avec quel intérêt il suit les progrès et le développement de ces institutions de prévoyance.

Malheureusement, M. le Ministre, pris par un engagement antérieur, dont la date a été reculée, n'a pu présider cette première réunion. Il espère rentrer à Paris avant la fin de vos travaux, et être assez heureux pour assister à l'une de nos séances. Il a chargé M. Georges Paulet, directeur de l'Assurance et de la Prévoyance sociales au Ministère du commerce, de le représenter aujourd'hui et de vous exprimer ses regrets.

Messieurs,

M. le Dr Poëls, de Bruxelles, qui, le premier, a eu l'idée de réunir les médecins d'assurances pour étudier ensemble les questions qui sont l'objet de nos préoccupations journalières, peut être fier du succès des précédents congrès. Vous avez fondé, mon cher collègue, une institution dont tireront un large profit les candidats à l'assurance et les Compagnies elles-mêmes.

En parcourant les rapports produits dans les premiers congrès et les discussions auxquelles leurs conclusions ont été soumises, on a la claire notion que la *branche Médecine-assurance* entre avec vous sur le terrain scientifique. Vous aurez le mérite d'avoir précisé le diagnostic et le pronostic de diverses maladies déjà soumises à vos délibérations, et de celles, plus nombreuses encore, qui sont réservées pour de prochaines sessions.

Les assurances, compagnies, médecins et postulants en tireront le bénéfice immédiat, mais la médecine générale trouvera, elle aussi, dans vos travaux de précieux enseignements. Au moment d'établir le pronostic d'une maladie, trop souvent l'auteur est condamné à se renfermer dans de vagues formules; à l'avenir il puisera dans vos rapports des documents précis sur la durée de la survie dans certains états morbides. La valeur de ces statistiques ne saurait être contestée, elles ont un point de départ fixe, le contrat d'assurance, un point ultime, établi par un acte financier.

Chacun applaudira à cette conséquence heureuse quoique indirecte de vos travaux, mais pour apprécier toute leur valeur regardons le but précis que vous voulez atteindre.

Quel est pour vous le problème à résoudre?

Nous sommes tous d'accord sur le point de départ. L'assurance sur la vie a pour but et pour effet d'arracher chaque année des milliers de personnes à la misère. Sans elle, celles-ci resteraient souvent à la charge des œuvres de charité.

Je ne dirai certes pas de mal de la charité, mais plus on restreindra le champ où elle s'exerce, plus son action pourra être efficace pour ses protégés.

Notre devoir d'hommes est donc très net. Nous, médecins, devons

par tous nos efforts aider ces œuvres de prévoyance. Mais, entraînés par notre cœur nous ne devons pas sacrifier l'intérêt général à l'intérêt particulier, quelque digne de pitié qu'il se révèle à nos yeux.

Nous ne devons pas oublier que la prospérité des Compagnies est la garantie de l'ensemble des assurés, et que pour le bien de tous, nous devons écarter les sujets dont la santé est compromise.

C'est notre devoir, il est parfois bien pénible à remplir. Ne sommes-nous pas profondément émus quand nous sommes obligés de refuser le bénéfice de l'assurance à des pères de famille qui sont, à juste titre, inquiets sur l'avenir de leur famille? Nous savons que notre refus condamne à la misère leur femme et leurs enfants.

Notre conscience est troublée. Qu'est-ce qui peut la rassurer? La certitude que l'arrêt que nous allons signer est basé sur des données scientifiques certaines.

Or cette certitude, trop souvent nous ne l'avons pas. Chacun de nous, avec une entière bonne foi, puise dans son expérience personnelle, dans la tradition, que lui ont léguée ses maîtres, les motifs de sa décision. Puis il s'aperçoit que ses confrères ne partagent pas toujours son opinion. Il constate que parfois le candidat qu'il vient de refuser est accepté par le médecin d'une autre Compagnie, ou lui-même trouve bonne une proposition refusée ailleurs.

Ces incertitudes augmentent ses hésitations et ses inquiétudes morales. Il ne peut avoir le courage de refuser à quelqu'un le bienfait de l'assurance que s'il sait, que ceux qui ont consacré leur vie à l'étude de ses questions, ont résolu le problème, après enquête, discussion, dans un sens scientifiquement déterminé.

Vous avez eu, Messieurs, une heureuse pensée en réunissant les médecins des Compagnies d'assurances, en les conviant à soumettre à un débat public, international, les questions qui sont l'objet de ces troublantes préoccupations.

Il suffit de parcourir les comptes rendus des deux derniers congrès pour être convaincu que votre initiative a été féconde et pour avoir la perception de l'étendue et de la gravité des problèmes qui restent à résoudre.

Comme à Bruxelles, comme à Amsterdam, nous franchirons à Paris une des étapes du chemin qui se déroule devant nous.

Pour compléter l'œuvre que vous avez entreprise, pour lui faire porter tous ses fruits, permettez-moi d'exprimer un vœu. Je voudrais que l'un de nous pût trouver le temps de résumer les rapports et les discussions des trois premiers congrès, dans un petit volume qui serait le *vade-mecum* des médecins des Compagnies d'assurances.

Dans quelques pays, en France notamment, presque tous les médecins sont accidentellement appelés à faire œuvre de médecins de Compagnies d'assurances. Les uns assez souvent, les autres 5 ou 6 fois par an. Ils n'ont pas le temps, au cours de leurs impérieuses

occupations journalières, de creuser ces problèmes. Ils sont donc obligés de les résoudre par leur propre expérience. Je suis sûr qu'ils seraient heureux de trouver dans un petit livre un résumé qui leur servirait de guide.

Messieurs et chers collègues,

Je vous disais tout à l'heure que les intérêts des Compagnies, de leurs médecins et de leurs clients étaient absolument solidaires; MM. les directeurs et administrateurs des Compagnies françaises l'ont compris, et ils en sont si convaincus que, comme l'avaient fait à Bruxelles et à Amsterdam les administrateurs des Compagnies belges et hollandaises, ils ont assuré par leurs largesses le succès de vos travaux, je me fais en ce moment l'interprète de vos sentiments, en leur offrant l'expression de notre vive gratitude.

Messieurs,

Je déclare ouvert le 3e Congrès international des médecins de Compagnies d'assurances et vous prierai, après avoir entendu M. le représentant du Ministre du commerce et de l'industrie, de procéder à la nomination du bureau du Congrès. (*Applaudissements.*)

La parole est à M. Paulet, représentant M. le Ministre du commerce.

Mesdames, Messieurs,

Avec la parole si autorisée que nous venons d'applaudir, vous deviez entendre celle de M. le Ministre du commerce. Il vous eût dit l'intérêt que prend son administration à la poursuite et aux succès de vos travaux.

Par mauvaise fortune, une autre solennité à laquelle il s'était promis depuis plus longtemps et dont la date s'est trouvée inopinément reculée, le retient actuellement loin de Paris. Il vous en exprime tout son regret et veut que le Directeur de l'Assurance et de la Prévoyance sociales soit auprès de vous l'interprète de sa sympathie.

Comment pourrais-je mieux répondre à ses vues qu'en souhaitant tout d'abord, en son nom, la bienvenue aux hôtes éminents qui nous sont arrivés si nombreux de tous les pays où fleurit, je ne dis pas l'oranger, mais l'assurance. Ces souhaits s'adressent tout particulièrement aux délégués des nations étrangères qui apportent à votre Congrès, avec le précieux concours de leur compétence personnelle, l'éclatant encouragement des gouvernements qu'ils représentent.

Ce serait vraiment candeur de ma part que de prétendre vous révéler l'importance des travaux que vous allez aborder. Vous les connaissez mieux que personne, puisque vous en êtes les artisans. Et

les profanes eux-mêmes en devineraient vite la portée ne fût-ce qu'en feuilletant le substantiel volume de rapports qui vous a été distribué.

A le lire, il semble bien qu'accusant encore une tendance affirmée déjà dans votre précédent Congrès, il mette au premier plan la question si neuve, au moins en France, si complexe en tous cas et en tous pays, des *Risques tarés*.

Un assureur peut-il sans imprudence faire, dans certains cas, abstraction des tares héréditaires ou pathologiques? Peut-il, dans d'autres cas, les admettre moyennant certains tempéraments de précaution ou de justice, au prix d'un délai suspensif, ou de l'obligation d'une assurance mixte, ou d'une surprime d'âge, ou de combinaisons spécialisées dans le fonds de participation, ou de telles autres clauses compensatrices des surprises ou des inégalités d'un risque majoré? Peut-on, en un mot, comme le proclama M. le Dr Poëls avec une foi communicative, « réduire le taux moyen des refusés »? Votre réponse est faite quant au principe. Il vous reste à demander expérimentalement à chaque tare le secret de ses méfaits, ses menaces de répercussions, son taux probable de surcharge : recherche assurément décourageante, si elle ne pouvait avoir de résultats utiles qu'à la condition de ne laisser plus aucune prise au doute ou à l'aléa; mais, au contraire et au vrai, singulièrement attirante, si, avec un de vos rapporteurs, qui porte un nom resté cher aux internationalistes de la prévoyance, avec M. le Dr Mahillon, on admet que cette assurance du risque taré, comme l'assurance primitive du risque normal (témoin son histoire), peut faire empiriquement son apprentissage, et dégager d'une première pratique prudente les règles ultérieures d'une théorie définitive.

A vous suivre en cette voie, les assureurs que retient encore une timidité peut-être excessive, pourraient réaliser une œuvre démocratique. De l'assurance sur la vie, réservée jusqu'ici, si j'ose dire, à l'aristocratie de la santé, ils feraient, à l'abri d'une clairvoyante circonspection, le refuge doublement légitime de ces « vies hypothéquées » que vous signale M. le Dr Mahillon, de ces « déshérités de la santé » que défend si bien M. le Dr Poëls.

Dans un ordre d'idées voisin, d'autres rapports étudient l'admission des candidats âgés, ou l'admission, si intéressante pour la diffusion de l'idée même d'assurance, des candidatures féminines : soit qu'on puisse épargner aux approches de la maternité un déni d'assurance, soit qu'on puisse libérer toutes les candidates d'un motif ou d'un prétexte d'abstention en évitant de multiplier les examens gynécologiques et en commettant au besoin à des doctoresses les examens reconnus nécessaires.

Partout ainsi dans ces travaux préparatoires (et j'en omets de remarquables) éclate le souci supérieur de rendre l'assurance sur la vie plus accessible, plus large et, pour tout dire, plus humaine. Car, sous

la poussée convergente de la science et de la solidarité, surgit insensiblement, il est bon de le constater, une conception nouvelle de l'assurance même privée. C'était naguère avant tout, semble-t-il, affaire commerciale de l'assureur, à son bénéfice et à son bon plaisir; c'est déjà, en quelque sorte et dans une certaine mesure, le droit moral à l'assurance, pour tous les assurés éventuels que n'écarte pas un risque manifestement trop lourd ou trop taré. On se cantonnait dans une *sélection* de risques, véritable cordon sanitaire à l'encontre de tous les risques anormaux ou présumés tels; on s'inquiète davantage, et à bon droit, d'*assimilations* de risques, substituant des conditions différentielles à l'ancien ostracisme.

Bref, on voit mieux aujourd'hui que toute assurance, pourvu que le jeu des grands nombres lui prête une suffisante ampleur, recèle, quelle que soit au surplus sa forme juridique apparente, une vaste mutualité latente, faite elle-même de mutualités fragmentaires et différentes, comme ces nappes liquides où des eaux diverses viennent s'équilibrer en se pénétrant.

Il vous appartient, Messieurs, d'ouvrir aux assureurs par vos discussions complémentaires ces perspectives nouvelles, de leur ménager aussi les éléments de statistique et les garanties de diagnostic et de pronostic sans lesquelles leur hardiesse pourrait devenir témérité, d'élargir par là le champ de l'assurance sur la vie et l'effet bienfaisant de ses sûretés.

C'est ainsi que d'un effort commun la science médicale et la science actuarielle pourront se donner un titre nouveau à la reconnaissance publique, à une époque où nul homme préoccupé des solutions sociales ne peut se désintéresser de l'assurance. (*Applaudissements*).

M. le Président. La parole est à M. Siredey.

RAPPORT SUR L'ORGANISATION DU TROISIÈME CONGRÈS

par le docteur Armand SIREDEY,

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine,
Secrétaire général

Mesdames, Messieurs,

Permettez-moi de vous renouveler en mon nom personnel les compliments et souhaits de bienvenue que viennent de vous adresser, au nom de notre pays et des médecins français, des voix plus autorisées que la mienne. Il m'est particulièrement agréable de retrouver ici la plupart de mes anciens collègues des précédents Congrès, et de leur adresser un salut cordial.

Je tiens d'ailleurs à leur exprimer toute ma gratitude pour le bienveillant concours qu'ils ont prêté au Comité d'organisation, et pour la propagande active qu'ils ont faite, dans leurs pays réciproques, en faveur du Congrès de Paris. En citant ici leurs noms je ne fais que rendre un juste hommage aux ardents champions de cette lutte que nous avons entreprise ensemble pour le progrès. M. le Dr Poëls, à qui revient l'heureuse initiative de ces réunions, a mis largement à ma disposition l'appui de ses conseils et de son expérience, en même temps qu'il provoquait en Belgique la formation d'un Comité de propagande sous la présidence de M. le Dr Vleminckx, président du premier Congrès international des médecins d'assurances. Un Comité analogue a été constitué en Hollande, sous la présidence de M. le Dr Van Geuns, président du deuxième Congrès, et avec le concours de la plupart des membres du Comité d'organisation du Congrès d'Amsterdam. M. Blankenberg, le sympathique directeur de la Société générale néerlandaise, que nous avons le regret de ne pas voir parmi nous cette année, m'a fort obligeamment fourni tous les renseignements techniques dont j'avais besoin.

En Allemagne, MM. les Drs Florschütz, de Gotha, et Grosse, de Leipzig, ont très complaisamment utilisé en faveur de notre propagande, leur puissante Association. Enfin M. le Dr William Salomonsen à Copenhague, M. le Dr Moritz à Saint-Pétersbourg se sont efforcés d'intéresser leurs compatriotes à notre œuvre.

Que tous ces aimables et dévoués collaborateurs de notre Comité d'organisation reçoivent ici l'expression de mes remercîments.

Vous déplorerez avec moi, Messieurs, l'absence du Dr Moritz, de Saint-Pétersbourg, que l'état de sa santé a éloigné de nous momentanément. La part très active qu'il a prise aux précédents Congrès, la sympathie qu'il a su inspirer à tous ceux qui le connaissent, nous font regretter vivement d'être privés de son concours, et je crois être l'interprète de tous les amis qu'il compte parmi vous en lui adressant nos vœux sincères pour sa prompte et complète guérison. (*Applaudissements.*)

Ceux d'entre nous qui ont assisté au Congrès d'Amsterdam ont appris avec peine la mort — qui semblait si prématurée — du professeur Stokvis, l'une des gloires de la médecine hollandaise, dont nous avions tous admiré l'entrain et l'activité, lors de notre dernière réunion. J'ai toujours gardé le souvenir de son éloquent plaidoyer en faveur de l'admission des albuminuriques, véritable leçon clinique, élégamment professée dans notre langue, qu'il maniait avec la plus grande facilité. Qu'il me soit permis de saluer sa mémoire, et d'exprimer à nos confrères hollandais, venus en si grand nombre à Paris, les regrets que nous inspire la perte de leur éminent compatriote. (*Applaudissements*).

La tradition fait un devoir à votre secrétaire général de vous

rendre compte de l'organisation du IIIe Congrès. Je ne vous dissimulerai pas que son enfantement a été laborieux.

Lorsque notre collègue et ami le Dr Poëls me fit part, à l'une des premières séances du Congrès d'Amsterdam, du désir, exprimé par le Bureau, de fixer à Paris le siège du IIIe Congrès, je fus très flatté de l'honneur que l'on faisait à mon pays, et ma première pensée fut toute de gratitude pour ceux qui avaient eu cette initiative. Mais dès ce moment, bien que très éloigné de penser que cette lourde responsabilité me serait réservée, j'eus l'impression nette des difficultés que présenterait en France l'organisation d'un pareil Congrès.

Ici, en effet, Messieurs, les assurances sont loin d'avoir pris le développement qu'elles atteignent dans d'autres pays. Le paysan qui constitue l'élément le plus nombreux de notre population, en est encore au légendaire « bas de laine » qu'il remplit de ses économies, un peu moins peut-être qu'autrefois, mais qu'il cache tout aussi soigneusement au fond de son armoire; l'ouvrier des villes, moins économe, ne songe guère aux placements. L'un et l'autre, assez insouciants de l'avenir, redoutent avant tout de prendre des engagements, de signer un contrat, et ne s'assurent pas volontiers.

On a cependant, depuis quelques années, réalisé de grands progrès dans cette voie : les œuvres de prévoyance et de mutualité se répandent peu à peu et gagnent tous les jours du terrain, mais il s'en faut qu'elles tiennent dans les préoccupations de notre société la place qu'elles méritent.

De plus le médecin d'assurances tel que nous le voyons en Allemagne, en Belgique, en Hollande, n'existe pas en France.

Je ne connais pas d'exemple, dans notre pays, de médecin spécialisé dans les assurances, à l'exclusion de tout autre travail. A Paris même, ceux de nos confrères, les plus favorisés à ce point de vue, qui occupent auprès de certaines Compagnies, un poste envié, ne consacrent aux assurances qu'une faible portion de leur temps et de leur activité, et l'importance qu'ils ont comme médecins-experts ne représente qu'une partie très restreinte de leur situation professionnelle. Pour l'immense majorité de nos praticiens, l'examen des candidats aux assurances ne constitue qu'une besogne *accessoire*, souvent même *accidentelle*, qu'ils accomplissent consciencieusement, mais qui ne les intéresse pas assez pour qu'ils lui sacrifient leurs occupations ordinaires.

Dès l'origine, une autre difficulté nous apparaissait : quelle part convenait-il de faire aux accidents du travail, dans les travaux du IIIe Congrès? Lors des réunions précédentes (Bruxelles 1899 et Amsterdam 1901), les accidents du travail, bien que figurant au programme, n'avaient fourni qu'un nombre très restreint de communications. Il est peu aisé d'aborder ces questions dans un congrès international, en raison des législations différentes qui régissent cette

matière dans les divers pays. Toutefois, en restant sur un terrain exclusivement scientifique, on pourrait arriver à une entente suffisante.

Mais, en France, la loi sur les accidents du travail a été promulguée assez récemment; son application soulève encore, çà et là, de nombreuses difficultés entre les médecins des familles et les médecins représentant les compagnies d'assurances contre les accidents. L'agitation qui en est résultée ne nous semblait guère favorable à la discussion de ces questions dans notre Congrès : on pouvait redouter de voir les préoccupations professionnelles l'emporter sur l'élément scientifique. Aussi, à l'unanimité, le Comité d'organisation a décidé que notre programme serait limité aux assurances sur la vie, et cette résolution a, en quelque sorte, amputé notre Congrès de ses membres les plus actifs.

Dans ces conditions, il n'y a pas lieu d'être surpris que les appels de votre secrétaire général aux médecins de notre pays aient trouvé peu d'écho, et que le nombre des congressistes français soit resté au-dessous de ce que l'on était en droit d'espérer.

Je dois dire cependant que l'appui et les encouragements d'un grand nombre de nos confrères parisiens ne m'ont pas fait défaut, et j'ai trouvé auprès d'eux un concours aussi actif que bienveillant. Malgré ses nombreuses occupations, mon excellent maître M. le professeur Brouardel a bien voulu accepter la présidence de notre Comité d'organisation et donner à notre œuvre l'appui de son expérience et de la juste autorité qui s'attache à son nom respecté; il a ainsi ajouté un titre de plus à la reconnaissance de son élève.

Je tiens à remercier également tous mes collègues du Comité et, en particulier, M. le Dr Lereboullet, qui s'est mis si gracieusement à ma disposition pour faciliter notre propagande.

Dès l'origine, les Compagnies Françaises d'assurances sur la vie se sont montrées très favorables à notre œuvre. J'ai trouvé auprès de leurs directeurs l'accueil le plus encourageant. Grâce à leur intervention bienveillante, les conseils d'administration des diverses compagnies nous ont généreusement accordé de larges subventions, qui nous permettent de recevoir dignement nos hôtes. Au nom du Comité d'organisation, et en mon nom, je prie MM. les Directeurs et MM. les membres des conseils d'administration des Compagnies françaises, d'agréer l'expression de toute notre gratitude.

Si le nombre des membres du IIIe Congrès est loin de répondre à mes désirs, son organisation scientifique m'a donné beaucoup plus de satisfaction. Malgré leurs occupations pressantes, nos collègues français et étrangers ont répondu à mon appel avec le plus aimable empressement : 21 rapports nous ont été envoyés et vont être soumis à votre appréciation. En outre, d'autres mémoires m'ont été apportés dans ces derniers jours, alors que le volume des rapports était déjà

imprimé et envoyé à chacun de vous. Ces travaux trouveront leur place dans la discussion des précédents rapports. Nous arrivons ainsi à un total de 24 communications ou rapports, chiffre notablement plus élevé que dans les deux précédents congrès.

Je ne veux pas préjuger de la valeur de ces travaux, et il n'entre pas dans mes attributions de distribuer les éloges ou la critique.

Je crois pouvoir dire, cependant, que la plupart d'entre eux font honneur à leurs auteurs.

On a déjà critiqué l'exiguïté de nos rapports. Cette appréciation n'est certes pas justifiée. Le Comité d'organisation, en prescrivant un maximum de quinze pages pour chaque mémoire, a pris une mesure sage et utile. Il voulait éviter les longues digressions théoriques, et obliger les auteurs à se cantonner exclusivement dans leur sujet, c'est-à-dire à n'envisager, qu'au seul point de vue des assurances sur la vie, les questions qu'ils avaient la charge d'étudier. Leurs travaux y ont gagné plus de précision, en même temps qu'ils présentent un caractère plus pratique.

Trois de ces rapports ont pour objet l'étude de questions techniques : vous y trouverez l'exposition ou la discussion de certaines méthodes d'examen propres à préciser l'expertise médicale. Le Dr Snellen montre, au point de vue de la longévité, l'importance des relations qui existent entre la taille, la circonférence thoracique, et le poids des sujets soumis à l'examen, ainsi que les conclusions qu'on peut en déduire pour le diagnostic de la tuberculose. Mon excellent ami Béclère nous fait voir les avantages incontestables de l'examen radioscopique pour l'appréciation de certaines altérations des poumons, du cœur et des gros vaisseaux. Weill-Mantou fait une vive et juste critique de l'abus des spécialisations en matière d'examen. Ces trois rapports ne manqueront pas d'attirer l'attention des médecins-experts et leur fourniront des documents aussi intéressants que réellement utiles.

Tous les autres rapports, y compris ceux qui ont été remis postérieurement à l'impression du volume que vous avez entre les mains, sont consacrés aux risques tarés.

Envisageant la question dans son ensemble et à un point de vue général, M. le Dr H. Rockwell, de Londres, et M. Sven Palme, de Stockholm, l'actif et zélé directeur de « la Thulé », nous font connaître les procédés employés pour l'admission des risques tarés, en Angleterre et dans les Pays Scandinaves. En nous initiant à la technique des assurances, ces deux mémoires nous montrent bien que nous ne poursuivons pas un but chimérique, en demandant, pour *les déshérités de la santé*, une place dans les œuvres de prévoyance.

L'intéressante communication de M. Sven Palme, comme celle qu'il avait présentée en 1901 à Amsterdam, nous fait regretter que les direc-

teurs de Compagnies d'assurances et les actuaires ne prennent pas une part plus active à nos congrès en nous apportant le résultat de leur expérience. Des débats contradictoires sur les importantes questions soulevées dans nos réunions ne pourraient être que profitables à la cause du progrès.

L'admission des femmes enceintes a été l'objet d'une très complète et fine argumentation de mon ami le Dr Tissier. Le Dr Van der Heide nous a exposé les conditions dans lesquelles on pouvait accepter des candidats au-dessus de cinquante ans.

Nous devons au Dr Poëls un excellent travail sur la tuberculose des os et des articulations, que précèdent des considérations de haute portée sur les risques tarés en général.

M. le Dr Lereboullet, mes amis Ed. Hirtz et Bourcy nous ont donné sur la goutte, sur l'emphysème pulmonaire, sur les anciens pleurétiques, des rapports substantiels, précis, dans lesquels des connaissances cliniques approfondies sont nettement et agréablement présentées. Ce sont là des documents que les médecins-experts de tous les pays pourront consulter avec fruit. Il en est de même de l'étude consciencieuse et expérimentée de M. Moritz sur les affections chroniques des veines.

La très intéressante esquisse de l'asthme que nous apporte le Dr Mahillon, le rapport très documenté de M. Garrigues sur la lithiase biliaire, celui de M. H. Gillet sur la lithiase rénale, nous fournissent également la mise au point de questions controversées.

M. Norton a traité, avec un grand sens pratique des assurances, la question de l'obésité.

Bien que consacré à une question très spéciale, le rapport de M. Guillon nous donne d'intéressants aperçus que les médecins-experts pourront utiliser.

Enfin, MM. Schulthess et Redard nous ont fait profiter avantageusement de leur grande expérience pédiatrique et de leurs connaissances orthopédiques, en étudiant l'un et l'autre, à des points de vue un peu différents, les déviations de la colonne vertébrale et du thorax.

De l'ensemble de ces travaux se dégage une impression très encourageante et éminemment favorable à l'œuvre de progrès que nous poursuivons. Les indications d'admissibilité des risques sains sont formulées aussi nettement que le sujet peut le comporter, les motifs d'élimination absolue nous apparaissent de plus en plus restreints. La plupart des auteurs ont soin de nous montrer que tel ou tel cas ne s'éloigne pas suffisamment de la normale pour motiver un refus formel, et partout on sent une tendance, sinon à l'indulgence, du moins à une conception plus large, plus humaine, de l'assurance sur la vie.

Certes, il est indispensable que la sélection des candidats soit faite d'une manière aussi complète et aussi minutieuse que possible. Le

médecin-expert ne devra jamais oublier que l'acceptation d'un risque suspect ou médiocre ne nuit pas seulement à la Compagnie dont les intérêts lui sont confiés, mais qu'elle est aussi préjudiciable aux nombreux assurés qui, par divers systèmes de mutualité, actuellement en usage, sont en quelque sorte associés à la Compagnie elle-même.

D'un autre côté, il est bon de penser que l'exclusion d'un candidat lui cause toujours un certain préjudice, non seulement en l'empêchant de bénéficier immédiatement de l'œuvre de prévoyance qu'il recherche, mais en lui créant un dossier, qui rendra de plus en plus difficile son acceptation ultérieure par une autre Société.

Or, il n'existe pas de règles précises pour l'appréciation des risques : les médecins se laissent souvent entraîner par des considérations théoriques, par des questions doctrinales, qui les rendent plus sévères vis-à-vis de telle ou telle particularité. En fondant ces congrès, le Dr Poëls avait précisément pour but de faire disparaître ces divergences et de poser des indications profitables à tous, offrant ainsi plus de sécurité aux candidats à l'assurance, en même temps qu'aux Compagnies.

Mais la question de l'admissibilité des risques tarés est encore très discutée, et si certaines compagnies l'envisagent sans effroi, il en est qui paraissent peu décidées à se laisser entraîner dans cette voie.

Cette résistance repose, à mon avis, sur une erreur. Je ne connais, me disait, cet hiver, un directeur de Compagnie d'assurances, que deux sortes de risques, les bons et les mauvais. J'accepte les uns et je refuse les autres. Rien n'est moins juste que cette conception un peu trop sommaire.

Entre un sujet parfaitement sain, idéal pour l'assurance, et un sujet gravement taré, franchement inacceptable, on peut observer un nombre infini de degrés intermédiaires, et ce sont justement ces nuances qui, dans la pratique, deviennent d'une appréciation difficile, parce qu'on ne saurait fixer avec précision la limite exacte à laquelle s'arrête l'admissibilité d'un risque.

Parmi ceux qui appréhendent l'admission des risques tarés, il en est qui, tout en acceptant le principe, en considèrent l'application comme impossible, parce que, disent-ils, tout dépendant du classement fait par le médecin, celui-ci jouerait un rôle prépondérant dans la sélection des candidats, et la Compagnie subirait les conséquences de ses erreurs de pronostic. Cette éventualité ne serait pas à redouter si les Compagnies se montraient plus sévères dans le choix de leurs médecins, au lieu de s'en rapporter à leurs agents, comme elles le font trop souvent.

D'ailleurs, l'omnipotence du médecin est-elle moins absolue dans les circonstances actuelles?

Ne voit-on pas souvent le même candidat refusé ou accepté suivant qu'il a été examiné par le médecin Tant-pis ou par son confrère Tant-

mieux. En créant une catégorie spéciale pour les risques de seconde valeur, les Compagnies augmenteraient sensiblement le chiffre de leurs affaires et nombre de sujets intéressants assureraient l'avenir de leur famille.

On peut constater avec une vive satisfaction que les mémoires présentés au IIIe Congrès ne renferment plus ces formules d'exclusion absolue qui avaient cours autrefois, et plusieurs des rapporteurs n'ont pas craint d'entrer dans la discussion des moyens qui leur paraissaient les plus propres à la réalisation d'une solution favorable à la fois aux assurés et aux assureurs.

Aussi, Messieurs, je crois répondre à votre sentiment en remerciant ceux de nos collègues dont vous allez discuter les intéressants ouvrages, en leur adressant à tous de vives et bien sincères félicitations. Grâce à eux, la faiblesse numérique du IIIe Congrès sera largement compensée par l'importance de ses travaux. Et j'espère que cette réunion marquera une nouvelle étape dans l'évolution des œuvres de prévoyance, pour le plus grand bien de l'humanité. (*Applaudissements.*)

M. le Président. — Messieurs, l'ordre du jour appelle la constitution du Bureau. Vous êtes priés de vouloir bien nommer un Bureau chargé de diriger vos débats.

M. Van Geuns (d'Amsterdam). — Messieurs, je vous propose de voter par acclamation le maintien du Bureau provisoire auquel revient tout l'honneur de l'organisation du Congrès.

La proposition de M. Van Geuns est votée à l'unanimité. (*Applaudissements.*)

M. le Professeur Brouardel. — Messieurs, au nom de mes collègues du Bureau provisoire, et en mon nom personnel, je vous remercie de la confiance que vous nous témoignez, et j'accepte la tâche que vous nous donnez; votre aimable courtoisie la rendra facile. Nous allons procéder à la nomination de vice-présidents.

M. Poëls. — Messieurs, je vous propose de nommer vice-présidents d'honneur, M. le baron van der Bruggen, Ministre de l'agriculture en Belgique, et M. le Dr Kujper, Ministre de l'intérieur en Hollande; l'un et l'autre ont été présidents d'honneur des précédents congrès, auxquels ils n'ont pas ménagé leur appui et leurs encouragements.

M. le Baron van der Bruggen et M. le Dr Kujper sont nommés vice-présidents d'honneur par acclamation.

M. le Professeur Brouardel. — Le Bureau vous propose de nommer vice-présidents :

Pour l'*Allemagne* : M. Beuster, de Berlin; M. Florschütz, de Gotha; M. Grosse, de Leipzig; M. Wolff, de Berlin.

Pour l'*Angleterre*, M. le Dr Th. Rocwell, de Londres.

Pour la *Belgique*, M. le Dr VLEMINCKX, M. le Dr POËLS, M. le Dr MAHILLON.

Pour le *Danemark*, M. DE ROTHE, M. le Dr SALOMONSEN.

Pour l'*Espagne*, M. le Dr SIERRA.

Pour l'*Italie*, M. le Marquis PAULUCCI DE CARBOLI.

Pour la *Norvège*, M. le Dr THAULOW.

Pour les *Pays-Bas*, M. le Dr COERT, M. le Dr VAN GEUNS, M. le Dr KOOPERBERG.

Pour la *Russie*, M. le Dr MORITZ et M. le Professeur PETERSEN.

Pour la *Suède*, M. le Professeur WALLIS et M. SVEN PALME.

Pour la *Suisse*, M. le Dr DUFOUR, de Lausanne, et M. le Dr SCHULTHESS, de Zurich.

Ces nominations sont acceptées à l'unanimité.

Le Bureau du IIIe Congrès est définitivement constitué de la manière suivante :

Président : M. le Professeur BROUARDEL.

Vice-Présidents : M. le Dr LANDOUZY, M. le Dr LEREBOULLET, M. le Dr PEYROT.

Secrétaire général : M. le Dr A. SIREDEY.

Secrétaire général adjoint : M. le Dr EMERY.

Secrétaires des séances : M. Charles MANTOUX, interne des hôpitaux de Paris; M. SCHOTT, étudiant en médecine.

MARDI 26 MAI

Séance du matin.

Présidence de M. le professeur BROUARDEL.

I

Rapport de M. le docteur MORITZ,

de St-Pétersbourg,

Médecin en chef des Compagnies d'assurances « Rossia » et « 1re Russe de 1827 ».

SUR LES AFFECTIONS CHRONIQUES DES VEINES

M. le Président. — M. Moritz, que des raisons de santé éloignent de notre réunion, à notre grand regret, nous a envoyé une excellente étude sur les affections chroniques des veines que vous avez tous lue avec intérêt. Il ne présente pas de conclusions précises, et se contente de montrer que dans l'immense majorité des cas, les hémorroïdes, les varicocèles et les varices des membres inférieurs ne constituent pas une contre-indication à l'assurance.

La discussion est ouverte sur le rapport de M. Moritz.

M. le Dr Poëls. — Je regrette vivement de ne point voir notre savant confrère M .le Dr Moritz dans cette enceinte.

S'il était ici je lui exprimerais toute l'admiration que j'ai éprouvée à l'étude de son rapport, qui est une œuvre magistrale empreinte d'un caractère hautement scientifique.

Ce que j'approuve avant tout c'est l'idée généreuse qui a guidé l'honorable rapporteur lorsqu'il a indiqué les considérations d'ordre pratique au sujet de l'assurabilité des personnes atteintes de varices.

Ses restrictions sont judicieuses et bien fondées. Si j'ai demandé la parole c'est pour attirer l'attention des membres de ce Congrès sur l'importance des varices très étendues des membres inférieurs et des varices unilatérales. Cette partie du chapitre relatif aux dilatations veineuses mérite à mon sens un plus grand développement que celui qu'en a donné M. le Dr Moritz.

Les varices symptomatiques, se contente-t-il de dire, provoquées par la compression des veines centrales doivent être jugées d'après les causes de cette compression.

Cette indication me paraît par trop générale et mérite certes qu'on

s'y attarde davantage. C'est pourquoi je vous propose, Messieurs, d'attirer l'attention des membres du Comité d'organisation du futur Congrès sur la question qui pourrait être présentée de la façon suivante :

Préciser les caractères et la valeur séméiologique des varices symptomatiques unilatérales et bilatérales, et l'importance des phlébites antérieures.

M. A. Siredey. — La question proposée par le Comité d'organisation était un peu différente de celle qu'a traitée M. Moritz. Elle était ainsi formulée : « Les Phlébites au point de vue de l'assurance sur la vie ». Elle visait surtout les affections des veines consécutives aux infections, qui surviennent chez les femmes en couche, ou dans le cours de certaines maladies infectieuses. Ces phlébites n'intéressent pas le médecin expert au moment de leur phase aiguë, car la question d'assurance ne saurait être posée dans ces conditions, mais leur pronostic pour l'avenir doit justement nous préoccuper. Ne voit-on pas des embolies mortelles plusieurs mois après la guérison d'une phlegmatia alba dolens?

M. Moritz usant de l'initiative qui lui avait été laissée, a choisi les affections chroniques des veines, il a limité son étude aux varices, aux varicocèles et aux hémorroïdes; il a traité ce sujet avec une clarté qui mérite nos éloges.

Les phlébites envisagées d'une manière plus générale pourront être mises à l'ordre du jour du prochain Congrès.

M. Mauriac (de Paris). — Même au point de vue des varices, il y a des réserves à faire. En dehors de la gêne causée par les dilatations veineuses, elles donnent lieu, dans certains cas, à des phlébites et à des ulcères dont la reproduction incessante ne saurait être indifférente au point de vue des assurances.

M. Poëls.— Les varices enflammées peuvent être le point de départ d'embolies, comme j'en ai observé des exemples.

M. Lereboullet (de Paris). — Le rapport de M. Moritz me paraît un peu trop optimiste. Il conseille d'accepter tous les variqueux, sauf en cas d'ulcère.

En dehors du danger d'embolie, les grosses varices, par les troubles fonctionnels qu'elles entraînent, peuvent contribuer à abréger l'existence, elles ne sont donc pas négligeables.

M. le Président. — Il n'y a pas à proprement parler de conclusions à mettre aux voix, mais le rapport de M. Moritz renferme des considérations intéressantes et qui malgré leur optimisme seront utiles aux médecins d'assurances. Je propose, conformément à la proposition de M. Poëls et à celle de M. Siredey, de mettre les phlébites à l'ordre du jour du prochain Congrès.

Cette conclusion est adoptée.

M. le Président. — L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. Lereboullet.

II

Rapport de M. le docteur LEREBOULLET,

de Paris,

Membre de l'Académie de médecine,
Directeur du service médical des Compagnies *le Monde* (vie) et *la Foncière* (vie).

SUR LA GOUTTE AU POINT DE VUE DES ASSURANCES SUR LA VIE

M. Lereboullet. — La goutte ne saurait être considérée, *a priori*, comme une maladie grave, motivant d'emblée le rejet de l'assurance. Son pronostic est essentiellement variable suivant la fréquence et l'intensité des crises auxquelles elle donne lieu, et surtout, suivant l'existence ou l'absence de manifestations viscérales. Il faut encore faire entrer en ligne de compte les conditions héréditaires, le genre de vie des sujets, leur résistance.

Quand les attaques de goutte ne sont ni trop violentes, ni trop rapprochées, quand elles ne laissent à leur suite ni désordres viscéraux, ni faiblesse excessive, ni impotence fonctionnelle, on ne saurait les considérer comme une menace sérieuse pour la santé. L'expérience nous montre que les goutteux sont souvent des sujets robustes et parfaitement capables d'atteindre ou de dépasser la moyenne de la vie.

Aussi ai-je cru pouvoir présenter à mes collègues les conclusions suivantes :

1° *Les sujets atteints de goutte, ou prédisposés à la goutte peuvent être admis à contracter une assurance sur la vie, surtout s'ils sont âgés de plus de 35 ans, s'ils ne présentent aucune lésion viscérale, et si leur hygiène est bonne.*

2° *On fera bien de leur imposer une surprime s'ils sont jeunes ou s'ils présentent des lésions articulaires persistantes.*

3° *On ne devra les refuser que si leur maladie s'est déjà caractérisée par des accidents s'aggravant progressivement et, surtout, si elle a déjà déterminé des lésions cardio-vasculaires ou rénales persistantes.*

M. Mauriac. — Il y a lieu de tenir un grand compte, au point de vue du pronostic, de l'âge auquel débute la goutte. Lorsque celle-ci se montre d'une façon précoce, elle est généralement plus grave.

La fréquence des accès a la même signification. On peut considérer le pronostic de la goutte comme étant d'autant plus sévère que les crises sont plus rapprochées.

M. Siredey. — Aux circonstances indiquées par M. Mauriac, et qui avaient été d'ailleurs bien mises en lumière par M. Lereboullet, il

convient d'ajouter la part énorme de l'hérédité dans le développement de la goutte. Il est peu de maladies qui aient un caractère aussi franchement constitutionnel. Elle fait en quelque sorte partie du tempérament de certains sujets. Lorsqu'elle apparaît dans le jeune âge, alors qu'on ne peut pas encore l'imputer à des excès individuels, elle est bien la manifestation d'une tare héréditaire.

Aussi, les renseignements recueillis sur les ascendants ont-ils une grande valeur, en ce qu'ils accentuent le pronostic de la maladie, dès qu'on en constate les premières atteintes, celles-ci fussent-elles bénignes. Même quand elle survient à un âge relativement avancé, la goutte est plus grave si elle a déjà sévi dans la famille.

M. Brouardel. — On doit se méfier particulièrement des goutteux jeunes. J'ai soigné un enfant qui a eu son premier accès à deux ans ; il est mort de la goutte à 24 ans.

M. Lereboullet. — J'appuie toutes les observations qui viennent d'être faites, et qui confirment les conclusions que j'ai proposées. J'insisterai particulièrement avec M. Siredey sur l'importance de l'hérédité en pareil cas. Mais nous ne sommes pas toujours renseignés d'une façon précise sur les ascendants, en matière d'assurances.

M. Mahillon (de Bruxelles). — J'estime que, dans sa deuxième conclusion, et surtout dans les développements qu'il lui a consacrés, au cours de son rapport, M. Lereboullet est sorti du rôle du médecin pour entrer dans celui de l'actuaire, en discutant les conditions auxquelles on pouvait admettre les goutteux jeunes.

M. Siredey. — Je crois que nous devons savoir gré à M. Lereboullet d'avoir franchement envisagé l'admission de certains goutteux, *comme risques tarés*, et s'il ne nous appartient pas de fixer les modifications que doivent subir les primes en pareil cas, il me paraît indispensable que nous nous prononcions dès le début de ce congrès, sur le principe de l'acceptation des risques tarés.

M. Lereboullet a établi très judicieusement une distinction entre les goutteux âgés de plus de 35 ans, chez lesquels la maladie ne survient que sous la forme de crises intermittentes, résultant parfois d'écarts de régime, que l'on peut éviter, et les goutteux jeunes, chez lesquels la maladie apparaît le plus souvent comme la conséquence d'une tare héréditaire.

Les premiers sont acceptables aux conditions ordinaires, nous dit très justement M. Lereboullet, les seconds ne peuvent être admis qu'à des conditions spéciales, et il a indiqué quelques-unes des méthodes actuellement employées en pareil cas, par certaines Compagnies. Nous ne pouvons que confirmer cette manière de voir, et sans entrer dans la discussion des détails techniques, il me semble que nous devons insister sur cette distinction qui consacre l'admission des risques tarés. On pourrait remplacer la 2e conclusion de M. Lereboullet par celle-ci :

« *Les goutteux jeunes ne doivent pas être acceptés aux conditions ordinaires, mais d'après un tarif spécial.* »

M. Lereboullet se rallie à cette variante et ses trois conclusions sont adoptées avec cette légère modification.

M. le Président. — L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. Grosse.

III

Rapport de M. le docteur GROSSE,

de Leipzig,

Médecin de la Compagnie « Teutonia ».

SUR LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU EN MATIÈRE D'ASSURANCES SUR LA VIE

M. le Président. — Le rapport de M. Grosse se trouve résumé dans ses conclusions. Quelqu'un demande-t-il la parole à ce propos?

M. Grosse. — Je désire que l'on modifie de la façon suivante la première conclusion de mon rapport :

D'une manière générale, la prédisposition au rhumatisme articulaire aigu, ou à toute autre maladie de ce genre, dont les manifestations sont éteintes, doit être considérée comme un fâcheux élément de pronostic pour la longévité.

Cette première conclusion est mise aux voix et adoptée sans discussion.

M. le Président.— La 2e conclusion est ainsi formulée : « *On peut assurer sans crainte les sujets qui n'ont eu qu'un accès de rhumatisme articulaire aigu, qui ne sont pas affectés d'arthritisme héréditaire, et ne souffrent d'aucune altération morbide dans leur appareil circulatoire.* »

M. le Dr Beltz (de Paris). — Je ne pense pas que le rhumatisme articulaire entraîne pour la santé générale des conséquences aussi graves que certaines autres maladies : la pneumonie, la tuberculose, par exemple.

Il ne semble pas qu'il y ait dans les manifestations articulaires dont souffrent certains sujets, une véritable maladie constitutionnelle. Aussi les conclusions de M. Grosse me paraissent un peu trop sévères.

M. le Dr Siredey. — Je ne connais pas à l'heure actuelle de question plus compliquée que celle du rhumatisme articulaire. Alors même qu'on laisse de côté les formes chroniques, d'ailleurs si disparates, les

formes aiguës sont loin de constituer une espèce morbide nettement définie.

Les arthropathies aiguës accompagnées de fièvre et de symptômes généraux plus ou moins accentués peuvent appartenir à des catégories bien différentes, qui méritent d'être distinguées les unes des autres, au point de vue nosologique, parce qu'elles n'ont ni la même étiologie, ni les mêmes lésions anatomiques, ni les mêmes symptômes, et j'ajoute qu'elles ne réagissent pas de la même manière sous l'influence des divers agents thérapeutiques.

Certaines de ces variétés sont bien connues aujourd'hui, d'autres sont encore très confuses, et voilà pourquoi il est difficile de s'entendre quand on parle de rhumatisme articulaire aigu.

Il y a un premier groupe sur lequel tout le monde est à peu près d'accord, et qui semble bien constituer une maladie spéciale; c'est le rhumatisme articulaire aigu franc, que mon excellent maître M. le professeur Landouzy appelle la *fièvre rhumatismale*.

Cette affection se rencontre presque exclusivement chez les jeunes sujets, pendant la période de développement. On l'observe chez les enfants, chez des adolescents, chez des jeunes gens de 18 à 22 ans, mais il est très rare qu'elle survienne pour la première fois chez des sujets qui ont dépassé 25 ans.

Le rhumatisme articulaire aigu franc a pour caractères essentiels : un début brusque, à la façon des diverses maladies infectieuses, une fièvre assez vive, qui d'emblée dépasse ou atteint 39° (rectum) et oscille faiblement autour de ce chiffre, l'apparition soudaine de déterminations articulaires multiples, très douloureuses, accompagnées de sueurs profuses, et enfin la fréquence des complications cardiaques.

A ces accidents s'ajoutent un état saburral des voies digestives, un peu de rougeur de la gorge, parfois de l'albuminurie, mais ces phénomènes n'apparaissent guère qu'à titre épisodique.

Les manifestations articulaires sont remarquables par leur généralisation et par leur intensité : elles atteignent quelquefois la presque totalité des articulations : généralement très douloureuses, elles consistent en une tuméfaction très notable de la synoviale articulaire et des parties molles, à laquelle peuvent participer les synoviales tendineuses du voisinage. La peau est plus ou moins rouge, plus souvent rosée à leur niveau. Malgré leur acuité, ces altérations sont extrêmement superficielles, et ne dépassent pas les parties molles.

Aussi ces fluxions articulaires sont-elles assez fugaces, et on les voit passer assez rapidement d'une région à une autre, en l'absence même de tout traitement, et les jointures qu'elles viennent de quitter ne sont le siège d'aucune déformation, d'aucune altération appréciable, comme en ont témoigné maintes fois la radioscopie et l'anatomie pathologique. En revanche, les déterminations cardiaques si fréquentes au cours de cette maladie, entraînent presque toujours, même

lorsqu'elles paraissent légères au début, des lésions graves du côté de l'endocarde et du péricarde. Suivant l'expression imagée et très juste de Lasègue, le rhumatisme articulaire aigu *lèche les articulations, mais il mord le cœur.*

Dans cette forme franche aiguë, le salicylate de soude a une action extrêmement favorable et rapide : prescrit à hautes doses, 8 grammes par jour, en moyenne, chez un adulte, il jugule en quelque sorte la maladie. En 24, 36 heures au plus, l'apaisement commence à se produire; en 3 ou 4 jours, les douleurs ont à peu près disparu, la fièvre et les fluxions articulaires persistent, mais elles cèdent peu à peu sous l'influence du médicament donné à doses décroissantes.

Je n'hésite pas à considérer le salicylate de soude, ainsi que l'avait dit autrefois Senator, de Berlin, comme un véritable réactif du rhumatisme articulaire aigu franc.

A côté de la fièvre rhumatismale proprement dite, il est un autre groupe également bien connu, c'est celui des arthropathies qui surviennent au cours de maladies infectieuses nettement définies.

Les arthropathies de l'érysipèle, de la scarlatine, de la pneumonie, de la blennorragie, etc..., constituent autant de variétés distinctes que l'on voit apparaître avec ou sans fièvre, localisées à une articulation unique, ou étendues à plusieurs articulations, mais remarquables dans tous les cas, par leur fixité, et souvent, par les graves altérations qu'elles provoquent.

En effet, si certaines arthrites scarlatineuses sont éphémères et sans gravité, on voit au cours de cette maladie comme au cours de l'érysipèle, de la pneumonie, de la blennorrhagie, etc., des arthrites suppurées, ankylosantes, etc.

Ces affections sont assurément faciles à distinguer du rhumatisme articulaire aigu franc, mais, entre les deux groupes, il existe un grand nombre d'autres variétés nosologiquement moins bien définies, et sur la nature desquelles il est bien difficile de s'entendre.

Je veux parler de ces arthropathies que l'on observe chez l'adulte, dans les conditions les plus variées, et qui revêtent tant de formes différentes. Souvent les manifestations articulaires succèdent à une angine d'apparence banale, dont la nature bactériologique n'a pas été franchement définie. La maladie frappe de préférence les grandes articulations dont plusieurs sont atteintes d'emblée. Ce sont les mêmes phénomènes fluxionnaires que ceux qui caractérisent le rhumatisme articulaire aigu franc, mais ils sont loin d'avoir la même mobilité. Ils persistent, pendant toute la durée de l'affection, sur les jointures primitivement atteintes. La fièvre est généralement modérée, le thermomètre ne dépassant guère 38°, et oscillant à peine autour de 38°,4, mais la durée de la maladie est beaucoup plus longue que lorsqu'il s'agit de la véritable fièvre rhumatismale. Le salicylate de soude dans ce cas, n'a qu'une action calmante et nullement curative.

Parfois, au lieu d'une angine, on observe au début des troubles gastriques très accentués, comme si la maladie avait son point de départ dans une infection gastro-intestinale ; la marche de l'affection est d'ailleurs sensiblement la même.

Or, dans toutes ces formes, les manifestations locales ne consistent pas seulement dans de simples phénomènes de fluxion. Il existe un épaississement des synoviales, et souvent même, du côté des extrémités osseuses, une prolifération qui se traduit par des déformations plus ou moins accentuées et persistantes.

On pourrait considérer ces arthropathies comme appartenant, aux rhumatismes infectieux. Mais en réalité, il n'existe aucune démarcation précise entre ces affections et certaines formes du rhumatisme articulaire aigu franc.

En effet, si la fièvre rhumatismale répond, dans l'immense majorité des cas, au tableau que je viens d'en esquisser, elle ne présente ces allures caractéristiques que chez les sujets jeunes, à la période de développement.

Les récidives que l'on observe dans l'âge adulte sont de moins en moins franches : la fièvre est moins vive, les fluxions articulaires n'ont plus la même violence, mais elles ont plus de tendance à la fixité. La maladie devient subaiguë, et elle entraîne à la longue des déformations articulaires accompagnées d'une gêne permanente dans les articulations.

Il semble que les modifications imprimées à l'organisme, par l'âge, aient une influence très marquée sur l'évolution de ces arthropathies, et qu'elles donnent un autre caractère à la maladie.

Faut-il rappeler que les anciens auteurs avaient imaginé pour ces formes bâtardes le nom de rhumatisme goutteux, montrant ainsi que les transformations progressives du rhumatisme le rapprochent un peu de la goutte, dont il est si franchement distinct à l'origine.

On ne saurait donc envisager le rhumatisme comme une entité morbide bien définie. Il y a là, en réalité, un groupe confus, comprenant des maladies différentes et jusqu'à ce qu'un classement logique en soit fait, il est bien difficile d'en fixer le pronostic.

Si le rhumatisme articulaire aigu franc constitue une menace grave pour le cœur, les diverses autres variétés qui viennent d'être passées en revue sont loin de l'épargner autant qu'on l'a dit, et par leurs récidives fréquentes, par les déformations qu'elles entraînent du côté des membres, elles amoindrissent certainement la résistance des sujets. De plus, apparaissant assez souvent comme la conséquence d'un processus toxi-infectieux, elles témoignent d'une perturbation de l'organisme qui doit être prise en considération lorsqu'il s'agit d'assurances.

M. Beltz. — Je félicite M. Siredey de l'exposé qu'il vient de nous faire des diverses modalités du rhumatisme. Il y a en effet, à côté des formes aiguës franches, de nombreuses formes subaiguës ou chro

niques qui sont d'une interprétation difficile, et qui exigent de notre part une grande réserve.

M. le Dr Pouliot (de Poitiers). — Lorsqu'il s'agit d'un sujet jeune, de vingt ans, si l'on veut, qui se présente à l'assurance après avoir eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu, ne serait-il pas préférable de l'ajourner jusqu'à un âge où les chances de récidive auront diminué, jusqu'à trente ans, par exemple ? Cela permettrait d'apprécier d'une manière beaucoup plus précise l'évolution de la maladie, et celle des complications qui auraient pu en résulter.

M. Mauriac. — Le principal danger du rhumatisme consiste dans les récidives. Le délai de deux ou trois années proposé par le rapporteur me paraît insuffisant. Il faut, à mon avis, un intervalle de sept ou huit ans, après une attaque de rhumatisme pour que l'on n'ait plus à craindre le retour de la maladie.

M. le professeur Petersen (de Saint-Pétersbourg). — Je suis d'accord avec M. Siredey sur la multiplicité des formes que revêt le rhumatisme. Mais le médecin expert peut d'autant plus difficilement tenir compte de ces variétés qu'il n'a pas d'autre base d'appréciation que les renseignements très incomplets fournis par les proposants.

Je pense qu'un délai de deux ou trois ans s'impose pour l'acceptation des rhumatisants.

M. le Président. — Il semble bien que tout le monde soit d'accord sur la nécessité d'un délai, même lorsqu'il n'y a eu qu'une seule attaque de rhumatisme.

Combien de temps faut-il attendre ? Deux ans, ou trois ans ?

M. Mauriac. — Il convient de demander un peu plus de temps. En dehors des rechutes qui sont d'autant plus à craindre que l'on est moins éloigné de la première attaque, il y a quelquefois, dans l'auscultation du cœur, des difficultés dont on doit tenir compte.

Le rhumatisme laisse presque toujours chez ceux qu'il a atteints un état d'anémie assez accentué. On trouve dans ces conditions des bruits de souffle qu'il est malaisé d'interpréter. C'est une raison de plus pour attendre.

M. le Dr Garrigues (de Paris). — Il y aurait lieu d'allonger le délai pour les sujets jeunes.

M. Pouliot. — On pourrait admettre une distinction : un délai de six à sept ans pour les sujets jeunes, et de deux à trois ans pour les sujets au-dessus de trente ans.

M. Mauriac. — Je conseille de n'accepter que les sujets jeunes. Si la maladie ne récidive pas, chez eux, après quelques années d'attente, ils peuvent inspirer de la confiance. Mais le pronostic du rhumatisme me parait plus grave chez les sujets âgés. Le rhumatisme qui survient tardivement indique toujours des tendances fâcheuses. L'imminence des récidives, la fréquence des complications cardiaques constituent un véritable danger.

Je serais d'avis de refuser les gens que frappe le rhumatisme à partir de quarante ans.

M. Mahillon (de Bruxelles). — Je trouve les propositions de M. Mauriac bien sévères, et d'une application difficile dans la pratique, car nous n'avons pas d'autres renseignements que ceux qui nous sont fournis par les déclarations du proposant.

M. Garrigues (de Paris). — La question fondamentale, chez les rhumatisants, quel que soit leur âge, c'est de savoir s'il existe, ou non, des lésions du côté du cœur. Immédiatement après la crise aiguë de rhumatisme, il est facile de confondre des souffles extra-cardiaques, ou des bruits anémiques avec des souffles organiques. Au bout de deux ans, cette erreur n'est plus possible.

M. Pouliot. — Les jeunes sujets doivent donner plus de craintes, parce qu'ils sont toujours menacés de rechutes dans l'avenir, avec toutes les complications qui peuvent en être la conséquence. Les gens âgés qui n'ont pas de lésions cardiaques m'inspireraient plus de confiance.

M. Mauriac. — Je crois au contraire que le rhumatisme que l'on observe chez des sujets ayant dépassé quarante ans comporte un pronostic plus sévère, et il m'inspire toujours de la méfiance.

M. Beltz. — Le délai de sept à huit ans qu'a proposé M. Mauriac me paraît beaucoup trop long. Dans la plupart des cas il équivaudrait à un refus et ce serait excessif.

M. le docteur Sierra (de Bilbao). — On doit établir une différence entre l'arthrite de caractère rhumatismal et celle qui est due à des causes infectieuses : angines, scarlatine, gonorrhée, influenza, fièvre typhoïde, infection puerpérale, etc. Dans le premier cas, on doit refuser. Dans le second cas, si le sujet est guéri, s'il n'existe aucune trace de rhumatisme dans les articulations, ou au cœur, on doit admettre le proposant sans restriction.

M. Brouardel. — On vient de discuter sur le délai que l'on devait imposer à des rhumatisants présentant des bruits de souffles. J'estime que tout candidat à l'assurance qui présente un bruit de souffle organique au cœur doit être refusé.

M. Poëls. — Sur quels chiffres s'est-on basé pour fixer les délais que l'on vient de proposer : 2 ou 3 ans, pour certains de nos collègues 6 ou 7 ans pour d'autres? A-t-on des statistiques sur cette matière?

M. Grosse. — Je ne connais pas de statistiques précises sur ce sujet. Les délais que j'ai proposés m'ont été suggérés par l'expérience.

M. Poëls. — Alors les conclusions que nous pourrions adopter ne seraient que provisoires.

On a parlé, en outre, des bruits de souffle : nous abordons un autre côté de la question, et cela nous amène à la discussion des risques tarés.

Inacceptables aux conditions ordinaires les sujets atteints de lésions cardiaques peuvent, dans certains cas, être admis avec surprime ou avec diverses modifications du contrat. Le rapport de M. Rockwell nous en fournit de très intéressants exemples.

M. Siredey. — Les différentes opinions qui viennent d'être émises au cours de cette discussion montrent combien est encore obscure à l'heure actuelle, cette question des rhumatismes. Les nombreuses formes de la maladie, le rôle prépondérant que jouent les particularités individuelles dans le pronostic, ne permettent guère de conclure d'une façon générale.

Il est peu d'affections qui présentent autant d'aléa et exposent davantage à des surprises, sauf dans quelques cas où il s'agit de rhumatisants jeunes sans lésions cardiaques, et dont les crises n'ont pas reparu après un délai de 2 ou 3 ans, et qui pourraient être acceptés aux conditions ordinaires. Je crois que les sujets atteints de rhumatisme, doivent, pour la plupart être considérés comme des risques tarés.

Aussi, tout en félicitant M. Grosse de son intéressant rapport, je pense que ses conclusions ne peuvent être votées avec le caractère de précision qu'il leur a donné.

M. le Président. — On pourrait proposer d'accepter les rhumatisants, *après un délai de 2 à 3 ans, sans crise nouvelle, et en spécifiant que le médecin expert pourra augmenter ce délai s'il le juge insuffisant.*

Ainsi modifiées, la 2e et la 3e conclusions du rapport de M. Grosse sont adoptées.

M. le Président. — La 4e conclusion du rapporteur est ainsi conçue :

« *Chez tous les proposants qui ont déjà souffert de rhumatisme articulaire aigu, il est nécessaire de demander les attestations des médecins habituels, pour obtenir des renseignementts sur le cours de la maladie et ses complications éventuelles.* »

M. Lereboullet. — Cette proposition serait très difficile à faire accepter en France, où les médecins sont liés par le secret professionnel. Ceux de nos confrères, à qui l'on demanderait des renseignements de ce genre, refuseraient de les donner. Certaines Compagnies anglaises ou américaines ont proposé de faire assister, dans quelques cas, le médecin ordinaire à l'examen, que fait le médecin expert, du candidat à l'assurance. Cette mesure même, appliquée en France, ne donnerait aucun résultat, le médecin du sujet pouvant toujours refuser de parler.

Il me semble donc que nous ne pouvons voter la 4e conclusion.

M. le Professeur Landouzy (de Paris). — Comme l'a dit M. Lereboullet, nous ne pouvons accepter la 4e conclusion de M. Grosse. Non seulement nous ne pouvons donner des renseignements sur les candi-

dats à l'assurance, mais nous refusons même le certificat relatif aux causes de la mort.

M. Poëls. — Autres pays, autres mœurs : En Allemagne on obtient avec la plus grande facilité des renseignements complets et précis, sur les vivants comme sur les morts.

M. Brouardel. — Ce n'est pas seulement l'opinion personnelle de la plupart des médecins français qui consacre, dans notre pays, l'obligation du secret professionnel, mais elle nous est imposée par la loi. Le médecin n'a pas le droit de fournir des renseignements sur les personnes qui se confient à lui. Ce principe est consacré par de nombreux arrêts de la Cour de Cassation. Il est admis que, même en justice, on ne peut pas tenir compte de renseignements *irrégulièrement et illégalement donnés* par le médecin traitant. En cas d'infraction, à cette règle, le candidat à l'assurance aurait le droit d'appeler son médecin devant les tribunaux, et celui-ci serait sûrement condamné.

M. Van Geuns (d'Amsterdam). — S'agit-il d'une disposition légale? ou d'une simple interprétation de jurisprudence? Le candidat à l'assurance ne pourrait-il pas, d'ailleurs relever formellement son médecin du secret professionnel?

M. Brouardel. — Il s'agit bien d'un texte de loi, précis, et dont l'interprétation ne saurait être discutée, puisqu'elle a été confirmée, ainsi que je le disais tout à l'heure, par de nombreux arrêts de diverses Cours, et de la Cour de Cassation elle-même.

Le consentement du client ne suffit pas à relever le médecin du secret professionnel. D'accord avec la loi, la Société de Médecine légale s'est prononcée nettement dans ce sens.

M. Mahillon. — Cependant des jugements récents ont établi que le secret médical appartenait bien au client et que celui-ci pouvait autoriser le médecin à parler.

M. Brouardel. — Des jugements de ce genre ne sauraient avoir une autorité décisive en présence des arrêts de la Cour suprême. Ils peuvent d'ailleurs être cassés.

M. le Dr Manuel Sierra (de Bilbao, Espagne). — En Espagne nous n'avons aucune loi civile qui empêche le médecin de la famille de donner, au médecin de la Compagnie d'assurances, des renseignements sur les antécédents pathologiques du proposant; mais il y a la loi morale qui nous empêche de pousser jusqu'à ce point nos investigations.

Le secret professionnel est inviolable; il n'appartient ni au médecin, ni au client, et personne ne peut renoncer à ce qui ne lui appartient pas. Il ne suffit pas que le candidat à l'assurance autorise son médecin à faire des déclarations à celui de la Compagnie, car il s'agit quelquefois de maladies de famille dont la déclaration peut être préjudiciable à d'autres personnes. Le proposant pourrait aussi apprendre de cette façon qu'il est atteint d'une maladie dont il ignorait l'existence.

D'autre part, le médecin de la famille est ordinairement attaché à son client, et cherche à défendre ses intérêts, et on ne peut espérer qu'il donne des indications vraiment intéressantes et utiles.

Le médecin examinateur peut cependant, dans certains cas, obtenir des renseignements verbaux et confidentiels s'il connaît bien celui de la famille, mais une pareille enquête ne doit pas être faite par la Compagnie d'assurances.

M. Van Geuns. — En Hollande, on n'a pas le droit de dévoiler les causes de la mort. Mais le médecin peut, dans certains cas, donner des renseignements. Il serait désirable qu'il en fût ainsi partout.

M. le Président. — On pourrait admettre une distinction suivant les pays et lois qui les régissent. Dans certains pays la question est jugée par l'impossibilité légale, pour le médecin, de violer le secret professionnel. Dans les autres, il est désirable que le médecin fournisse des renseignements.

M. Siredey. — Il me semble qu'il vaut mieux éviter de voter sur ce point. Les médecins français sont, en majorité, comme moi-même, partisans de l'inviolabilité du secret professionnel.

M. Grosse. — Il s'agit là d'une question scientifique et non d'ordre juridique. Dans l'intérêt de la science médicale appliquée aux assurances, il serait à désirer que la loi fût moins sévère.

M. Mahillon. — On pourrait, dans la 4e conclusion, remplacer les mots : « *il est nécessaire de demander des renseignements* » par ceux-ci : « *il est désirable.* » Cette rédaction ne heurterait ni les lois ni les usages des différents pays.

M. Lereboullet. — On ne peut pas obliger le médecin de famille à fournir des renseignements qui pourraient être de nature à nuire à son client.

D'autre part, nos confrères Allemands jugent inutile d'émettre un vœu pour la généralisation d'une mesure qui est déjà en vigueur chez eux. Il n'est donc pas nécessaire de voter sur cette conclusion.

M. Landouzy. — Il me paraît indispensable de trancher dès maintenant par un vote cette question du secret professionnel qui se présentera de nouveau, à chaque instant, au cours des débats.

M. W. Salomonsen (de Copenhague). — En Danemark et dans les Pays Scandinaves, les coutumes sont les mêmes qu'en Allemagne, le médecin n'est pas tenu au secret professionnel, et il donne facilement les renseignements qui lui sont demandés.

M. Poëls. — Il avait été décidé, après le Congrès de Bruxelles, que l'on ne reviendrait pas sur cette question. Elle soulève une opposition qui repose sur des coutumes et des sentiments respectables. M. Grosse pourrait, je crois retirer la 4e conclusion de son rapport. Les médecins de chaque nation conserveront toujours leur liberté d'action.

M. Grosse. — Je retire bien volontiers cette conclusion.

M. Mahillon. — La proposition que j'ai soumise précédemment à mes collègues ne porte aucune atteinte à la question de principe, et elle peut être maintenue. Il me semble qu'il est vraiment désirable que le médecin expert puisse s'éclairer auprès du médecin de famille. L'admission des risques tarés deviendra impossible sans cette condition.

M. Dobrski (de Varsovie). — M. Grosse a simplement exposé la manière dont on procède en Allemagne. Or, en France, le secret médical est intangible. Comme on est loin d'être fixé sur la valeur du mot de rhumatisme, si fréquemment employé par les proposants, lorsqu'ils exposent leurs antécédents, il serait bien désirable que l'on pût avoir des renseignements sur l'évolution de la maladie et sur les complications auxquelles elle a donné lieu.

M. Siredey. — M. Grosse ayant retiré sa 4e conclusion, la question est jugée et il n'y a plus lieu de passer au vote. Je tiens cependant à répondre à M. Mahillon au sujet d'un argument qui serait de nature à impressionner nos collègues.

L'admission des risques tarés, disait-il, est intimement liée à cette question des renseignements. Le médecin expert ne pourra accepter les sujets dont la santé n'est pas parfaite que lorsqu'il aura obtenu du médecin traitant toutes les explications désirables sur l'évolution de leurs maladies.

Je ne suis pas d'accord avec notre collègue sur ce point. Partisan comme lui, de l'admission des risques tarés, je reste également un partisan convaincu de l'inviolabilité du secret professionnel, et je ne crois pas qu'il y ait incompatibilité entre les deux choses.

Le médecin expert n'a pas besoin de demander des explications à un autre médecin, et je ne pense pas qu'il ait un intérêt réel à le faire.

Quelle confiance peut-on accorder à des renseignements fournis par un médecin dont on ne connaît ni la valeur scientifique, ni la valeur morale?

En matière d'expertise, comme au cours des examens médicaux que nous pratiquons chaque jour, ce sont les *signes objectifs qui trompent le moins*. Le médecin doit étudier minutieusement tous les appareils, tous les organes, et les commémoratifs ne sauraient infirmer la valeur des constatations précises qu'il a pu faire.

Souvent on se laisse entraîner malgré soi par l'appréciation d'un confrère, et c'est une cause d'erreur assez fréquente. Quand un médecin m'adresse un malade que je n'ai jamais vu, je commence habituellement par l'examiner, et je lis ensuite la lettre qui m'a été envoyée. Celle-ci ne modifie généralement pas beaucoup mon opinion. J'y trouve le plus souvent des détails qui confirment mon diagnostic, et auxquels j'emprunte des indications spéciales de pronostic ou de traitement, mais il est rare que mon impression générale sur l'état du malade soit modifiée.

Si l'on a besoin de quelques éclaircissements, on peut demander au proposant les ordonnances ou les consultations qui lui ont été remises à diverses époques, on y trouvera presque toujours des indications suffisantes.

Pour légitimer l'intervention du médecin de famille, on a recours à un argument spécieux, qui consiste à dire que celui-ci est autorisé, sollicité même, par le candidat à l'assurance à donner tous les renseignements qu'il possède sur sa santé.

Le client peut ignorer certaines maladies dont il est atteint : un anévrysme par exemple. Lorsqu'il autorise le médecin à parler, son autorisation ne vise que les choses qu'il connaît, et ne peut s'étendre à celles qu'il ne soupçonne pas. Il ne peut donc demander la divulgation d'un secret dont il ne soupçonne pas l'importance. J'estime que dans tous les cas, l'expertise médicale, en vue d'une assurance, doit se faire en dehors du médecin traitant.

M. Poëls. — Je crois que nous devons remercier M. Grosse d'avoir retiré sa conclusion ce qui permet de clore le débat.

M. Jossé Johnson (de la Compagnie *le Gresham*). — Quelle est la conduite à tenir lorsque le médecin-expert est en même temps le médecin du proposant.

M. Brouardel. — A Paris, nous avons l'habitude de refuser, en pareil cas, de pratiquer l'examen.

La clôture mise aux voix est acceptée.

MARDI 26 MAI

Séance de l'après-midi.

Présidence de M. le professeur BROUARDEL.

M. le Président. — L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. le Dr Mahillon.

IV

Rapport de M. le docteur MAHILLON,

de Bruxelles,

Conseil médical de la Caisse d'assurance annexée à la Caisse générale d'épargne sous la garantie de l'État, en Belgique.

SUR L'ASTHME ENVISAGÉ AU POINT DE VUE DE L'ASSURANCE SUR LA VIE

M. Mahillon. — La question de l'asthme est assez complexe; souvent les crises de dyspnée spasmodique sont secondaires et consécutives à de graves lésions du cœur, de l'aorte ou des reins. Les sujets de cette catégorie sont hors de cause, ce sont de faux asthmatiques, ils ne peuvent être assurés.

L'asthme vrai, essentiel, reconnaît presque toujours pour origine une prédisposition héréditaire, et le plus souvent l'arthritisme.

Beaucoup d'asthmatiques dépassent ou atteignent la moyenne de la vie.

Le médecin-expert devra tenir compte des antécédents familiaux, de l'âge et du passé pathologique des sujets, du degré de la gêne respiratoire dans l'intervalle des accès, de l'état de l'appareil circulatoire et de l'appareil respiratoire, des influences professionnelles qui favorisent le retour des accès.

Les asthmatiques jeunes, sans lésions pulmonaires ou cardio-vasculaires, sans troubles, pulmonaires pourront être acceptés comme risques tarés.

Les asthmatiques obèses ayant dépassé quarante-cinq ans sont inacceptables.

M. le Président. — Il est bien entendu qu'il ne s'agit ici que de l'asthme pur, de l'asthme spasmodique.

M. Mauriac. — Je tiens les asthmatiques pour de mauvais risques : il faut s'en méfier. L'asthme pur, essentiel, est assez rare. Les sujets qui ont des accès de dyspnée spasmodique sous l'influence de pous-

sières, d'odeurs, me paraissent suspects, car cette particularité indique une sensibilité inquiétante de l'appareil respiratoire.

Il faut une analyse très minutieuse pour discerner le vrai du faux asthmatique ; les malades eux-mêmes ne savent pas exposer leurs antécédents d'une manière très précise, et c'est ce qui rend leur acceptation difficile.

M. Siredey. — L'âge auquel apparaissent les premiers accès d'asthme a une grande importance. On surprend quelquefois les crises de dyspnée spasmodique dès la première enfance, elles persistent pendant toute la période de développement, puis vers vingt-cinq ans elles diminuent de fréquence et d'intensité, et finissent par disparaître, soit parce que le tempérament s'est modifié, soit parce que les conditions hygiéniques se sont améliorées.

Dans d'autres cas, l'asthme survient seulement à l'âge adulte, les accès d'abord rares, se reproduisent plus souvent, et au bout de quelques années, on constate de l'emphysème, et avec lui des troubles respiratoires permanents, puis le cœur se fatigue et le malade entre dans la période des accidents cardiaques.

Il importe donc de distinguer les asthmatiques dont la maladie semble en décroissance, de ceux dont les accès sont en voie d'accroissement.

Bien que les premiers réalisent le type le moins discutable de l'asthme essentiel, les crises sont presque toujours l'expression d'un phénomène réflexe qui a son point de départ, soit dans la muqueuse nasale, irritée par un refroidissement, par une poussière ou une odeur quelconque, soit dans la fibro-muqueuse des mâchoires au moment de la dentition, soit quelquefois dans des troubles viscéraux divers.

J'ai observé plusieurs cas assez curieux d'asthme survenu à l'occasion de l'éruption des dents : chez de très jeunes enfants, lors de l'apparition des premières dents, chez des enfants de 6 à 7 ans, au moment de la deuxième dentition.

Constatant récemment un accès d'asthme chez une jeune fille de 18 ans, d'ailleurs bien portante, j'appris qu'elle avait eu déjà des crises de dyspnée spasmodique vers l'âge de 7 ans, au moment de sa seconde dentition. L'examen de la bouche me montra une dent de sagesse en voie de développement.

Lorsque l'asthme est dû à des odeurs ou à des poussières, il apparaît immédiatement, dès que se fait sentir l'influence de la cause provocatrice, et c'est là un des caractères essentiels de l'asthme nerveux. Les crises subites que l'on observe en pareil cas sont bien différentes de la dypsnée lentement progressive qui succède à l'inhalation de poussières métalliques ou calcaires, qui, dans certaines professions, engendre des pneumokonioses variées.

Un interrogatoire minutieux des sujets permettra de distinguer assez facilement ces diverses affections.

Les asthmatiques essentiels du jeune âge, à *accès décroissants* qui

ne présentent ni troubles cardiaques, ni dermatoses, peuvent être acceptés aux conditions ordinaires, lorsque les accès ont disparu depuis quelques années. Il s'agit alors, vraisemblablement d'asthme nerveux pur, et le plus souvent d'accidents réflexes qu'une hygiène minutieuse peut enrayer.

Chez les personnes dont les crises persistent dans l'âge adulte, coïncidant ou alternant avec des dermatoses variées, même en l'absence d'albuminurie, l'asthme doit être considéré comme une véritable maladie constitutionnelle, sans doute en rapport avec des éliminations insuffisantes. De tels sujets peuvent être acceptés comme risques tarés.

Mais les asthmatiques dont les accès tendent à devenir à la fois plus fréquents et plus intenses ne peuvent être admis à l'assurance. Il est d'ailleurs habituel de constater chez eux de l'emphysème pulmonaire ou de la bronchite chronique, et, souvent, des signes d'affaiblissement du cœur.

M. Hirtz (de Paris). — J'ai observé des cas d'asthme analogues à ceux dont vient de nous parler M. Siredey. Un enfant qui avait présenté des crises violentes de dyspnée spasmodique à l'occasion de la dentition, n'eut, depuis, aucun accident de ce genre.

J'ai constaté des phénomènes du même genre, en dehors de la dentition, et qui semblaient en rapport avec la puberté. Des crises d'asthme survenues dans la période prépubère disparurent complètement au bout de quelques années.

M. Brouardel. — A l'appui des observations citées par nos collègues, je pourrais rappeler celle d'un de mes camarades d'études. Il avait, lorsqu'il était interne des hôpitaux, des crises d'asthme très violentes, dont j'ai été plusieurs fois témoin. Cela ne l'a nullement empêché de parcourir une belle et brillante carrière chirurgicale. Ses accès de dyspnée l'ont quitté depuis très longtemps. Il a aujourd'hui soixante et onze ans, et déploie encore une activité que lui envieraient bien des jeunes.

De tels risques sont donc acceptables moyennant quelques précautions.

Je vais mettre aux voix les deux conclusions de M. Mahillon. Cependant, il me semble que nous n'avons pas à indiquer les mesures que l'on doit prendre à l'égard des asthmatiques. C'est aux compagnies qu'il appartient de fixer ces questions de tarifs, et nous, médecins, nous n'avons qu'à nous prononcer sur le principe de l'admissibilité avec ou sans aggravation des conditions.

Avec ces réserves, les deux conclusions de M. Mahillon sont mises aux voix et adoptées sans opposition.

M. le Président. — L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. Hirtz.

V

Rapport de M. le docteur Edgar HIRTZ,

de Paris,

Médecin de l'hôpital Necker, médecin de l'*Urbaine* et de la *Trieste*.

SUR L'EMPHYSÈME PULMONAIRE

M. Hirtz. — Mon rapport est à peu près résumé dans mes conclusions. J'estime que toute personne atteinte d'emphysème pulmonaire doit être tenue pour suspecte de tuberculose. Lorsqu'on est en présence d'un emphysémateux, il faut se préoccuper beaucoup moins de l'emphysème, envisagé en lui-même, que des lésions qui se cachent derrière lui. Un examen attentif y fait souvent découvrir la tuberculose pulmonaire ou quelquefois de graves affections du cœur et des reins.

Pour la recherche de la tuberculose, chez un emphysémateux, on doit compter beaucoup plus sur la percussion que sur l'auscultation. Alors même que l'oreille ne perçoit pas de bruits anormaux en dehors d'une expiration prolongée et soufflante que l'on pourrait rattacher à l'emphysème, la percussion révèle de la submatité avec diminution notable de l'élasticité au sommet des poumons. En pareil cas, il est indispensable que les moindres modifications de la tonalité soient notées avec soin, et elles doivent conduire à rechercher tous les indices qui pourraient mettre sur la trace de la tuberculose.

Il est vrai que cette dernière maladie, chez les emphysémateux, n'entraîne pas toujours un pronostic trop défavorable. L'emphysème qui se produit chez certains sujets au début de la tuberculose peut l'enrayer quelquefois d'une manière définitive. Aussi la valeur réelle d'un emphysémateux est-elle difficile à préciser.

La spirométrie constitue en pareil cas un bon moyen d'appréciation. On doit tenir pour mauvais tout emphysémateux, qui à l'examen spirométrique donne moins de 2000 centimètres cubes.

La pneumatométrie fournit également de précieuses indications : les mensurations du thorax prises au maximum de l'inspiration, puis au maximum de l'expiration présentent des écarts très accentués suivant qu'il s'agit de sujets normaux ou d'emphysémateux atteints de tuberculose. A l'état physiologique, la différence est de 6 à 7 centimètres entre l'expiration maxima et l'inspiration maxima. On peut encore considérer comme peu éloignés de la normale les sujets chez lesquels l'écart est de 4 ou 5 centimètres, mais à partir de 3 centi-

mètres et au-dessous il s'agit de personnes suspectes, que l'on ne peut accepter pour une assurance.

M. Brouardel. — La différence est-elle la même pour la femme que pour l'homme ?

M. Hirtz. — L'écart est sensiblement le même dans les deux sexes.

M. le Dr Delabost (de Rouen). — Comment M. Hirtz pratique-t-il a mensuration chez la femme ? Le développement très variable des mamelles constitue ici une grande difficulté d'appréciation.

M. Hirtz. — Les mesures sont prises habituellement au-dessus des seins, sous l'aisselle.

M. le Dr Delabost. — J'ai essayé de mesurer systématiquement le thorax dans une école normale de jeunes filles, et mes recherches ont été très difficiles et peu précises. Non seulement les seins ont un volume très variable suivant les sujets, mais leur forme et leur direction offrent également des variations gênantes. Chez certaines femmes les seins remontent très haut, et il est impossible de mesurer le thorax au-dessus d'eux.

Ne vaudrait-il pas mieux prendre ces mesures alors que le corset place les organes dans une situation qui est à peu près la même chez la plupart des femmes ?

M. le Président. — La discussion de ces détails trouvera sa place à propos du rapport de M. Snellen.

M. Beltz (de Paris). — La spirométrie ne me paraît pas très pratique pour l'examen des candidats à l'assurance. Tous les médecins n'ont pas un spiromètre à leur disposition. Quel est le prix de cet instrument ?

M. Hirtz. — Le prix du spiromètre est peu élevé. On peut d'ailleurs le construire très facilement lorsqu'on en a étudié le fonctionnement chez l'inventeur, qui en montre volontiers tous les détails à ceux qui désirent le connaître.

M. Siredey. — A côté des procédés indiqués par M. Hirtz il ne faut pas oublier la radioscopie qui permet de déceler des lésions tuberculeuses échappant à nos procédés d'investigation clinique.

M. le Dr Rochard (de Paris). — Les mensurations thoraciques sont exigées par la compagnie à laquelle je suis attaché.

M. Hirtz. — La plupart des compagnies françaises ne demandent pas les mensurations du thorax.

Quant à l'examen radioscopique que propose M. Siredey, je ne crois pas qu'il ait donné des résultats bien décisifs. Les observations du professeur Hoffmann, sur ce sujet, ne m'ont pas paru bien convaincantes.

D'ailleurs la radioscopie n'est pas encore à la portée de tous les médecins ; elle exige une installation qui ne rend pas actuellement son emploi très pratique.

M. Bahrdt (de Leipzig). — En Allemagne la mensuration du thorax

est obligatoire, mais elle est d'une application assez difficile à cause de la maladresse de la plupart des personnes que l'on examine. Elles sont généralement troublées, ne comprennent pas très bien ce qu'on attend d'elles, et elles se prêtent mal aux expériences qu'on leur impose. Les résultats des mensurations sont souvent faussés à cause de cela.

M. Sierra (de Bilbao). — L'emploi du radioscope et du spiromètre me paraissent des moyens impraticables dans la majorité des cas.

M. Van Geuns. — En Hollande la mensuration du thorax est obligatoire, mais je conviens qu'elle n'est pas toujours aisée.

M. Petersen (de Saint-Pétersbourg). — Les compagnies russes demandent également les mesures du thorax.

M. Norton (de Paris). — La différence normale entre les chiffres fournis par la mensuration du thorax dans l'inspiration et dans l'expiration est-elle bien établie? La compagnie *Mutual Life* accepte les candidats chez lesquels l'écart n'est que de 2 centimètres et demi, à condition toutefois que leurs antécédents soient bons.

Beaucoup de postulants respirent mal, surtout sous l'influence de l'émotion que provoque l'examen. Ces difficultés augmentent encore lorsque l'on a recours à la spirométrie ; aussi, je crois que la simple mensuration est suffisante et préférable dans la plupart des cas.

M. Hirtz. — L'éducation des sujets au point de vue de la spirométrie n'est pas difficile à faire. En cinq minutes on peut apprendre à une personne quelconque la façon dont elle doit respirer et manœuvrer l'appareil. La chose est encore plus facile et moins longue pour la mensuration.

M. Brouardel. — Ces investigations sont assurément très utiles, mais il faut faire, à ce point de vue, l'éducation des postulants, et aussi celle des médecins. Il me paraît bien difficile de fixer avec précision des chiffres qui varient non seulement suivant les sujets mais encore suivant la manière de mesurer.

M. Beltz. — Il faut laisser au médecin la liberté de juger dans la mesure la plus large, son appréciation devant forcément varier selon les cas.

M. le Président. — Nous sommes tous d'accord, je crois, pour admettre que nos jugements ne doivent pas s'appuyer sur un signe, mais sur un ensemble de signes.

M. José Johnson. — Il faut être très réservé dans les appréciations que l'on doit émettre, car les écarts entre les mesures extrêmes peuvent varier jusqu'à 10 centimètres, suivant la façon dont les sujets respirent.

M. le Président. — Je mets aux voix les conclusions de M. Hirtz, en remplaçant dans la deuxième phrase le mot « *mauvais* » par celui de « *suspect* ».

Voici les conclusions ainsi modifiées :

1° *On doit tenir pour mauvais un emphysémateux dont les sommets*

donnent une tonalité élevée en même temps qu'une résistance au doigt, à la percussion, et dont l'état général est médiocre.

Adopté.

On doit tenir pour suspect tout emphysémateux qui, à l'investigation spirométrique, donne moins de 2 000 centimètres cubes.

Adopté.

2° *On doit considérer comme inacceptable tout emphysémateux qui, à la mensuration du périmètre thoracique, donne moins de trois centimètres de différence entre l'inspiration et l'expiration forcées, ou chez qui l'état du cœur et des artères n'est pas normal.*

Adopté.

M. le Président. — L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. le Dr P. Bourcy.

VI

Rapport de M. le Dr P. BOURCY,

de Paris.

Médecin de l'hôpital Laënnec, médecin de la Compagnie d'Assurances Générales

SUR LES ANCIENS PLEURÉTIQUES ET L'ASSURANCE

M. Bourcy. — On connaît bien aujourd'hui les rapports étroits qui unissent la pleurésie à la tuberculose. De nombreuses publications, et en particulier les travaux de mon maître le professeur Landouzy, ont fourni la preuve anatomique, bactériologique et clinique de l'origine tuberculeuse de l'immense majorité des pleurésies dites « a frigore », considérées autrefois comme idiopathiques.

Néanmoins, nous savons qu'un certain nombre d'affections telles que la pneumonie, la scarlatine, l'infection puerpérale, etc., peuvent s'accompagner de pleurésies absolument indépendantes de la tuberculose. De plus, le fait même qu'une pleurésie est de nature tuberculeuse n'implique pas que fatalement le pleurétique doive succomber un jour ou l'autre à la tuberculose.

Il importe donc, lorsqu'un candidat à l'assurance signale une pleurésie dans ses antécédents, d'en bien préciser la cause et l'évolution.

Si l'épanchement est survenu au cours, ou à la suite d'une maladie infectieuse bien déterminée, telle que la pneumonie, la fièvre ty-

phoïde, le rhumatisme articulaire aigu, la scarlatine, l'infection puerpérale, etc., il n'implique par lui-même aucune tare sérieuse chez le proposant.

A ce propos, les pleurésies purulentes, presque toujours secondaires et consécutives à l'une de ces maladies, qu'elles aient été ou non suivies d'une intervention chirurgicale, comportent moins de réserves que les pleurésies séreuses dont l'origine est un peu plus suspecte.

S'il s'est agi d'une pleurésie séreuse, on doit rechercher avec le soin le plus minutieux les moindres symptômes susceptibles de révéler la présence de lésions tuberculeuses dans les poumons, dans les ganglions lymphatiques ou dans d'autres organes.

Telles sont les considérations qui me paraissent légitimer les conclusions que je soumets à l'approbation du Congrès :

1° *Les pleurésies dont la cause aura été bien établie, ou survenues à titre d'épiphénomène, ou de complication, au cours d'une maladie définie, les pleurésies non tuberculeuses, en un mot, ne diminueront pas sensiblement la valeur du risque, sous la condition expresse :*

A. *Que la guérison aura été complète et confirmée par un laps de temps suffisant;*

B. *Qu'il ne subsistera aucun reliquat suspect ou capable de compromettre le fonctionnement normal des autres organes.*

2° *Il en sera de même pour les pleurésies purulentes guéries, même au prix d'une intervention chirurgicale importante, sous les mêmes réserves.*

3° *La pleurésie essentielle, primitive, ou « a frigore » (pleuro-tuberculose), n'entraînera pas* de plano *le refus de la proposition, mais diminuera toujours la valeur du risque.*

L'admission ne pourra être conseillée qu'en l'absence, dûment constatée, de tout indice suspect, et après examen raisonné des éléments d'appréciation, variables pour chaque cas particulier, tirés des antécédents personnels et héréditaires, de l'âge, du sexe, des habitudes hygiéniques ou professionnelles, du genre de vie, de la date de la pleurésie antérieure.

En cas d'hésitation, la prudence exigera un ajournement à terme, variable, mais toujours relativement éloigné.

M. Dobrski. — La pleurésie fibrineuse aiguë est souvent de nature rhumatismale et elle doit être distinguée de la pleurésie tuberculeuse, dont elle n'entraîne pas les graves conséquences pour l'avenir.

M. Bourcy. — Les pleurésies secondaires, consécutives à diverses maladies infectieuses, ne sont pas forcément des pleurésies purulentes. Un grand nombre d'entre elles s'accompagnent d'épanchements fibrineux. Aussi le rhumatisme ne saurait-il réclamer toutes les

pleurésies séro-fibrineuses que l'on observe en dehors de la tuberculose. Elles peuvent appartenir aussi bien à d'autres maladies : la pneumonie, la fièvre typhoïde, par exemple.

M. Dobrski. — Je n'envisage pas ici les pleurésies secondaires qui surviennent au cours, ou à la suite d'une maladie bien définie. Je veux parler des pleurésies primitives, « a frigore », que l'on observe en l'absence de toute manifestation articulaire, et qui cependant sont bien franchement de nature rhumatismale puisqu'elles sont guéries par le salicylate de soude.

M. Bourcy. — C'est une simple question de nomenclature; on peut les rattacher au premier groupe que j'ai établi, puisqu'elles sont la détermination pleurale d'une maladie générale indépendante de la tuberculose.

M. Dobrski. — Ne convient-il pas de faire une part dans le pronostic, au siège de l'épanchement? Les pleurésies droites ne sont-elles pas généralement tuberculeuses, tandis que les pleurésies gauches sont souvent rhumatismales?

M. Bourcy. — Je ne crois pas qu'on puisse établir une différence à cet égard. Il n'y a aucun rapport précis entre la localisation de la pleurésie et sa nature.

M. Brouardel. — Je suis de l'avis de M. Bourcy. Il y a longtemps déjà que l'on a fait une mauvaise réputation aux pleurésies droites. Aran, dont j'ai été l'élève, les considérait comme étant fréquemment suivies de tuberculose; mais l'observation clinique n'a pas confirmé ce jugement.

Que la pleurésie soit droite ou gauche, son pronostic ne diffère pas sensiblement. Nous connaissons tous d'anciens pleurétiques, guéris depuis quarante ou cinquante ans.

Bien plus, on rencontre un nombre considérable de personnes qui ont eu des pleurésies dont elles n'ont pas soupçonné l'existence.

Combien de fois, en auscultant des malades, découvrons-nous des frottements pleuraux que n'expliquent pas leurs antécédents, même quand ceux-ci ont été soigneusement observés?

Dans nos recherches médico-légales, à la Morgue, nous avons pu constater, mes collaborateurs et moi, que les adhérences pleurales sont la règle dans toutes les autopsies faites sur des sujets au-dessus de 40 ans. Souvent on ne découvre aucune trace de tuberculose dans ces cas, et, lorsque celle-ci existe, elle se présente sous la forme de granulations calcifiées, enkystées au milieu de lames fibreuses épaisses, denses, qui rendent ces lésions anciennes peu dangereuses.

Je pense donc avec M. Bourcy que le fait d'être un ancien pleurétique ne suffit pas pour entraîner un refus absolu.

M. Bourcy. — Il n'est pas rare de rencontrer des épanchements de 2 ou 3 litres chez des gens qui ne sont pas alités, qui vaquent encore à leurs occupations et qui n'accusent que des symptômes assez

frustes. Ces faits prouvent suffisamment que la pleurésie peut passer inaperçue.

M. Bahrdt (de Leipzig). — Dans ma Compagnie, les anciens pleurétiques ne sont acceptés que trois ans après la guérison de la maladie. Il n'est fait d'exception à cette règle que pour les pleurésies consécutives à la pneumonie ou à l'influenza. On ne leur impose, dans ce cas, aucun délai. On s'appuie, en général, sur le certificat fourni par le médecin de la famille.

M. Mauriac. — Il y a souvent à la suite de la pleurésie des adhérences assez étendues, avec épaississement de la plèvre et sclérose du poumon. Celui-ci se trouve rétréci et le fonctionnement de l'appareil respiratoire en souffre.

M. Bourcy. — Ce sont ces complications qui constituent les reliquats de pleurésie auxquels j'ai fait allusion dans mes conclusions; c'est au médecin expert d'en apprécier l'importance.

M. le Président. — Je mets aux voix les conclusions du rapport de M. Bourcy.

Les trois conclusions, mises aux voix séparément, sont adoptées sans aucune modification.

M. le Président. — L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. le Dr Snellen.

VII

Rapport de M. le Dr K. SNELLEN,

de Zeist (Hollande),

Médecin réviseur de la Compagnie d'assurances sur la vie *Kosmos*.

SUR LA VALEUR DE CERTAINES MENSURATIONS AU POINT DE VUE DE LA TUBERCULOSE

M. le Dr Snellen. — Messieurs, permettez-moi de vous dire en peu de mots le but principal de ma communication :

Sans aucun doute les sinistres qui causent le plus grand dommage aux Compagnies d'assurances sur la vie sont ceux qui surviennent à la suite de la Pneumonie chronique ou de la Tuberculose; c'est cette rubrique qui compte toujours le plus grand nombre de décès.

En divisant les cas de morts des Compagnies d'assurances sur la

vie en deux groupes, celui des jeunes et celui des vieux, les derniers auront eu une plus grande vigueur ou « force vitale » et une plus grande résistance contre les influences mauvaises.

Cette « force vitale » a la plus grande importance au point de vue de la Tuberculose, parce que tous, plus ou moins, nous sommes exposés à être contagionnés; aussi les plus faibles sont les plus disposés à la contamination, tandis que la plupart des autres maladies dépendent surtout d'accidents ou d'influences particulières.

La question se présente ainsi : Quelles sont les causes de cette plus grande vigueur et de cette plus grande résistance? Les causes principales sont sans doute : l'hérédité, la constitution (stature) et la profession ou le milieu dans lequel la personne est placée.

Heureusement, nous trouvons les indications relatives à ces causes dans les rapports médicaux concernant les sinistres des différentes Compagnies. Je dis « nous trouvons », il serait plus correct de dire : nous trouverons..., car jusqu'ici les indications étaient très défectueuses, ainsi que je l'ai constaté en préparant ma petite statistique. Mais depuis peu il y a une grande amélioration de ce côté, surtout depuis que plusieurs Compagnies ont admis un formulaire uniforme. De sorte que nous pouvons dire que les documents pour nos statistiques deviennent de plus en plus précieux.

Il serait de la plus grande importance pour les Compagnies d'assurances sur la vie de pouvoir indiquer en chiffres la valeur de la « force vitale », et il est très probable que nous nous approcherons beaucoup de notre but en relevant des statistiques très étendues dans le sens que je viens d'indiquer.

Eh bien, comment obtiendrons-nous des statistiques suffisamment étendues dans un espace de temps assez court?

Le seul moyen d'y parvenir sera de combiner nos efforts, et de constituer une association internationale de statistique avec un bureau central. — J'espère que ce Congrès conclura dans ce sens.

Parmi les renseignements fournis par les médecins experts sur les candidats soumis à leur examen, ceux qui reposent sur des mensurations précises ont une importance particulière.

Or, en comparant divers éléments numériques, on arrive à établir des formules qui donnent des renseignements assez significatifs sur la valeur des candidats à l'assurance.

La vigueur de constitution est indiquée par la circonférence thoracique (C) diminuée de la moitié de la taille du sujet (T).

Vigueur de constitution $= C - 1/2\ T$.

La corpulence est donnée par le poids (P), divisé par 10 fois la hauteur de la taille (T).

Corpulence : $\frac{P}{T \times 10}$

L'indice de vitalité (X) est fourni par cette formule : $T : 100 = C : x$.

Indice de vitalité : $\frac{C \times 100}{T}$

Chez les sujets morts de tuberculose qui avaient un indice de vitalité au-dessous de 50, la moyenne de la vie n'a pas dépassé 38 ans et pour ceux qui avaient un indice de vitalité de 50 et au-dessus, la moyenne a été de 4,56.

Ces renseignements sont donc de nature à influencer l'appréciation du médecin.

Aussi, je présente les conclusions suivantes :

1° *Les rapports entre la taille, la circonférence thoracique et le poids sont importants au point de vue de l'estimation des chances de longévité. Il faut une statistique très étendue pour l'appréciation de la valeur précise de ces rapports.*

2° *Ces rapports, rapprochés de l'hérédité et de la profession des proposants, font peser leur influence sur les conclusions des médecins experts (refus, admission, application de conditions différentes d'admission).*

3° *L'uniformisation et la concentration des statistiques sont de nature à fournir les éléments nécessaires à préciser davantage ces rapports.*

4° *Dans ce but, l'emploi de tableaux uniformes serait très utile. Il y a lieu de créer un bureau central de statistique.*

5° *Il est désirable que l'estimation des poids se fasse d'une manière précise et non pas au jugé.*

6° *La mensuration de la circonférence thoracique doit être faite pendant le repos respiratoire.*

M. Poëls. — L'honorable rapporteur formule sa dernière conclusion de la manière suivante. « *La mensuration de la circonférence thoracique doit être faite pendant le repos respiratoire.* »

J'approuve entièrement cette conclusion parce qu'il n'est pas indifférent de mesurer le thorax à un moment quelconque. Si on prend le périmètre thoracique pendant l'inspiration ou l'expiration, le résultat obtenu variera suivant l'intensité des mouvements et par suite il y aura une source d'erreur assez notable. Or, comme le périmètre thoracique doit servir à déterminer l'indice de vitalité, il s'agit d'avoir un facteur qui ne varie pas chez un même sujet. En l'occurrence, ce facteur invariable ne peut s'obtenir qu'en mesurant le pourtour thoracique pendant le repos respiratoire.

Mais je ferai remarquer à M. le docteur Snellen qu'il a omis de mentionner quelle doit être la position des membres supérieurs pendant que l'on procède à cette mensuration.

Il résulte de mes recherches qu'il n'est pas indifférent que les membres supérieurs soient en croix, pendants, ou levés.

J'ai constaté des différences très notables entre les périmètres thora-

ciques pris alors que les bras étaient dans ces positions différentes.

Dans le tableau que je vous montre, j'ai inscrit les résultats de cinq observations.

Vous pouvez constater que la différence peut être de 4 centimètres :

DIFFÉRENTES POSITIONS DES BRAS.	1re OBS.	2e OBS.	3e OBS.	4e OBS.	5e OBS.
Circonférence thoracique.					
— les bras levés. . . .	75	88	83	91 1/2	89
— les bras en croix. .	78	89	84	92	89 1/2
— les bras pendants. .	79	91	85	94	90

Cette différence en apparence peu élevée, peut influencer l'indice de vitalité dont l'importance est démontrée au point de vue de la prédisposition à la tuberculose pulmonaire.

On doit se demander dans quelle position il faut placer les membres supérieurs pour obtenir un facteur aussi fixe que possible.

A mon avis les bras doivent être levés et les mains doivent se toucher. Dans cette position les muscles sont à l'état de contraction et les parties molles se laissent très peu déprimer par le ruban métrique.

Comme on obtient un chiffre inférieur à celui que donnent les mensurations dans les deux autres positions, c'est le premier qui se rapproche le plus de la circonférence du thorax osseux.

Je vous propose donc, messieurs, de compléter la 6e conclusion du rapport de M. le docteur Snellen de la façon suivante :

La mensuration de la circonférence thoracique doit être faite pendant le repos respiratoire, les bras étant levés et les mains se touchant.

M. Snellen. — Cette position est incommode et paraît peu pratique pour la mensuration.

M. Poëls. — Je l'impose depuis plusieurs années et je n'y ai jamais constaté d'inconvénients.

M. le Dr P. Guillon (de Paris). — Dans ma Compagnie, on exige 3 mensurations : au repos, dans l'inspiration maxima, et dans l'expiration maxima.

Cette méthode d'exploration devrait être inscrite dans tous les formulaires.

M. Volborth (de Berlin). — Lorsque les bras sont levés au-dessus de la tête, le thorax est distendu, et ne peut arriver à l'expiration maxima. De plus, cette attitude doit gêner l'expansion du thorax dans les mouvements respiratoires, et modifier notablement les différences existant dans les mesures thoraciques aux divers temps de la respiration.

M. Poëls. — Il est vrai que c'est une attitude défavorable si l'on

veut apprécier les différences entre l'inspiration et l'expiration, mais dans le cas particulier il s'agit de mesures prises au repos.

Je propose d'ajouter à la 6e conclusion de M. Snellen : la circonférence du thorax sera mesurée pendant le repos respiratoire, les bras étant levés, et les mains se rejoignant au-dessus de la tête.

M. P. Guillon. — Je demande que les bras soient laissés pendants le long du corps, et que les mesures soient prises au repos, puis au maximun d'inspiration et enfin au maximum d'expiration.

M. Poëls. — Je ferai remarquer que la position que je préconise est celle qu'emploie M. Bertillon pour ses recherches anthropométriques.

Il importe de fixer avec précision le coefficient de vitalité. M. Snellen nous dit qu'au-dessus de 50 il indique une prédisposition manifeste à la tuberculose que l'on ne constate pas lorsqu'il est au-dessous de 50.

Pour établir une limite précise, il faut que les explorations soient faites d'une manière uniforme et exacte.

J'ai montré dans un travail récent que, les bras étant pendants, il peut y avoir un écart allant jusqu'à 5 centimètres, suivant le relâchement des tissus et la pression que l'on exerce sur eux.

M. le Dr Manuel Sierra (de Bilbao, Espagne). — Je suis d'avis qu'avec les bras levés au-dessus de la tête la mensuration du thorax est plus exacte, la cage thoracique étant plus fixe. Je suis médecin militaire et c'est ainsi que je mesure les recrues. Pour les femmes, cette exploration, non plus que la mesure de la taille, ne peuvent être mises en pratique.

M. Paulucci de Carboli (Italie). — C'est également de la sorte que l'on mesure les soldats en Italie.

M. P. Guillon. — Lorsqu'on fait lever les bras pour mesurer la poitrine des conscrits, ne cherche-t-on pas à placer le thorax dans les meilleures conditions d'expansion, pour augmenter le plus possible l'effectif ?

M. Poëls. — Il importe de se rapprocher le plus possible du squelette thoracique si l'on veut avoir un périmètre exact, c'est ce qu'on réalise en faisant lever les bras.

M. Siredey. — Je ne vois pas très bien pourquoi les mensurations seront plus exactes si on les pratique les bras levés.

M. Poëls. — Lorsque les bras pendent le long du corps les muscles sont relâchés et par cela même plus dépressibles sous le ruban dont on se sert pour mesurer.

M. Siredey. — Lorsque les bras sont levés, c'est surtout le deltoïde qui se contracte.

M. Poëls. — Oui, mais les pectoraux et le long dorsal sont tendus et ne se laissent pas comprimer.

M. le Président. — Je mets aux voix les conclusions du rapport de M. Snellen.

Les cinq premières conclusions sont adoptées.

A propos de la 6e conclusion, l'amendement de M. Poëls, demandant que la mensuration soit pratiquée les bras levés et les mains se touchant au-dessus de la tête, est repoussé à quelques voix de majorité seulement.

La majorité se prononce en faveur des mesures prises « les bras pendants ».

L'amendement de M. P. Guillon demandant qu'il soit fait trois mensurations successives, dans l'inspiration maxima, dans l'expiration maxima, et au repos, est adopté.

M. le Président. — Il est bien entendu qu'on ne cherche pas à modifier les formules de M. Snellen qui sont basées sur la mesure du périmètre thoracique prise au repos.

MERCREDI 27 MAI

Séance du matin.

Présidence de M. le professeur BROUARDEL.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL DE LA DEUXIÈME SÉANCE

M. LE PRÉSIDENT. — M. le Dr Poëls a demandé la parole à propos du procès-verbal.

M. LE Dr POËLS. — Messieurs, il me semble qu'un malentendu s'est produit hier, lors du vote émis sur la 4e conclusion du rapport de M. le Dr Snellen.

Si j'ai demandé que les bras soient levés pendant la mensuration thoracique, je n'ai eu en vue que l'unique cas où il s'agit d'obtenir un périmètre *absolu* devant servir à établir l'indice de vitalité, et cela en vertu d'un principe élémentaire, que, dans une formule de ce genre, on ne doit faire entrer que des facteurs qui ne sont pas sujets à variations chez un même individu.

Il va de soi que, lorsqu'il s'agit de rechercher la différence entre le périmètre thoracique à l'inspiration et celui pris à l'expiration, les bras doivent être pendants. Il ne serait pas rationnel de prétendre le contraire.

J'appuie donc le vote émis hier, pour autant qu'il vise ce dernier cas.

Mais j'engage vivement ceux d'entre vous, qui désirent faire des recherches sur l'indice de vitalité, à mesurer le thorax les bras étant levés, — toute autre position exposant à des erreurs. Ceci dit pour préciser la signification qu'il faut attacher aux termes que j'avais demandé d'adjoindre à la 6e conclusion de M. Snellen.

M. LE PRÉSIDENT. — L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. Poëls.

VIII

Rapport de M. le Dr E. POËLS,

de Bruxelles,

Ex-médecin adjoint des hôpitaux de Bruxelles,
Médecin-expert en chef de la Compagnie belge d'Assurances Générales sur la vie et contre les accidents,
Secrétaire général de l'Association internationale des médecins-experts de Compagnies d'assurances.

LES RISQUES TARÉS. — TUBERCULOSE DES OS ET DES ARTICULATIONS

On peut considérer comme présentant un risque taré tout proposant atteint d'une maladie chronique ne constituant pas un motif de récusation absolue, et qui est compatible avec une survie d'assez longue durée.

Les recherches que j'ai entreprises depuis longtemps à ce propos m'ont donné la conviction qu'il est possible de réduire dans une large mesure le taux moyen des éliminés, sans que la mortalité générale des assurés soit influencée défavorablement.

Il suffirait de modifier, tout en les maintenant équitables, les conditions financières de l'admission, pour *certains candidats un peu au-dessous de la normale.*

Les précédents congrès ont déjà affirmé le principe de l'admission des risques tarés, et ils ont étudié les conditions d'admissibilité de certaines catégories de sujets exclues jusque-là des assurances.

J'espère que le IIIe Congrès consacrera cette œuvre de progrès.

Les Français ont depuis longtemps une réputation bien établie de générosité. Les médecins de ce pays ont été fidèles à cette tradition, car, s'ils sont venus à nous peu nombreux, du moins ceux qui nous ont apporté leur concours se sont mis à l'œuvre dès l'apparition de cette idée éminemment philanthropique, qui consiste à faire admettre les risques tarés au bénéfice de l'assurance. Je ne veux citer, comme preuve de ce que j'avance, que le rapport présenté par M. Siredey sur les glycosuriques, à Amsterdam, et les discours qu'ont prononcés avant-hier le représentant de M. le Ministre du commerce, notre Président et notre Secrétaire général.

Ce bienveillant accueil est de bon augure et permet d'entrevoir de nouvelles sanctions pratiques à la question de l'admissibilité des risques tarés, dont, il y a deux ans à peine, fut voté le principe.

L'étude des nombreux et intéressants rapports présentés à ce Congrès prouve qu'il est désirable que nous soyons renseignés sur plusieurs questions du domaine de la science actuarielle, mais connexes

à la science de l'expertise médicale, pour que nous puissions atteindre sûrement le but que nous poursuivons.

C'est pourquoi j'ai l'honneur de proposer le vœu suivant :

Considérant le grand intérêt scientifique et humanitaire de la question des risques tarés, les membres du IIIe Congrès international des médecins de Compagnies d'assurances émettent le vœu de voir les directeurs de Compagnies d'assurances entreprendre l'étude de cette question au point de vue technique.

En dehors de nos réunions, il est désirable que cette question soit l'objet d'études constantes et suivies.

Je propose que le Comité permanent de l'Association internationale des médecins experts se mette en rapport avec les Directeurs et les Actuaires des diverses Compagnies d'assurances pour examiner, de concert avec eux, les moyens à l'aide desquels on pourra réaliser le but humanitaire que nous poursuivons.

M. Alfred Manès (de Berlin), secrétaire général de l'Association Allemande pour les sciences concernant les assurances. — Messieurs, d'abord je vous demande pardon, n'étant pas médecin, de prendre la parole dans une assemblée médicale où siègent tant de médecins illustres.

Mais la science des assurances, envisagée dans son ensemble, comme nous le faisons en Allemagne, d'après le programme de l'Association que j'ai l'honneur de représenter ici, comprend diverses branches de sciences : le droit, l'économie politique, les mathématiques, etc., dont la connaissance est nécessaire pour l'assurance. Et en vérité aucune autre branche de la médecine ne touche peut-être d'aussi près à l'économie politique et au droit que la médecine d'assurance. Voyez par exemple la question du secret médical, qui est certainement d'abord une question juridique.

La médecine d'assurance est dans une grande partie la science de la statistique. Et la statistique, ses doctrines, sa technique, sa méthode, c'est une partie de l'économie politique. Mais il y a encore un autre lien, qui unit les deux sciences, c'est ce que M. le Dr Poëls a nommé le but humanitaire de vos Congrès. En ce moment, où le médecin recherche par quels moyens on pourrait étendre les bienfaits de l'assurance sur la vie aux personnes qui en sont écartées pour des motifs de santé, il est le collaborateur des économistes.

Nous avons fait en Allemagne des expériences très heureuses, grâce à l'union de ces deux sciences, dans les efforts que fait l'État en faveur de l'hygiène, et tout récemment dans la société pour combattre les maladies vénériennes.

Il y a deux chemins pour unir ces deux sciences : il est nécessaire pour les économistes de s'initier aux connaissances des médecins experts; mais il est aussi nécessaire que les médecins étudient l'économie politique et la jurisprudence des assurances.

La médecine d'assurance comprend non seulement l'assurance sur la vie, mais aussi l'assurance contre les accidents. Cette assurance est devenue une œuvre humanitaire et sociale chez presque toutes les nations cultivées.

C'est un troisième point, par lequel la médecine touche à l'économie politique.

Après cela, je crois qu'il sera utile d'établir une relation entre ces différentes branches, et je prends la liberté de proposer pour le programme du prochain Congrès la question suivante :

De quelle manière sera-t-il possible et utile pour la médecine d'assurance de se réunir avec l'économie politique et le droit?

Par là le vœu de M. le Dr Poëls sera le mieux réalisé.

M. le Président. — Nous ne pouvons que féliciter M. Poëls, et voter sa proposition de soumettre l'étude approfondie des risques tarés au Comité permanent de l'Association internationale des médecins experts. Ce sera le meilleur moyen de hâter la solution de cette importante question.

M. Siredey. — Je crois que la proposition de M. Poëls réunira tous les suffrages. Nous sommes tous convaincus ici de l'intérêt social que présente l'admission des risques tarés, tels que nous les a définis notre collègue, et convaincus également de la possibilité d'accepter ces risques sans causer de préjudice aux Compagnies d'assurances.

Il est très regrettable que nos réunions ne soient pas suivies par des Directeurs de Compagnies d'assurances et par des Actuaires.

Ils auraient dû prendre une part active à nos discussions, et nous faire bénéficier de leur expérience. Les vœux que nous pouvons émettre auraient beaucoup plus d'autorité, s'ils apparaissaient comme la conclusion naturelle d'un débat où l'élément scientifique et l'élément technique auraient été représentés.

Le vœu de M. Manès, en s'inspirant des mêmes idées, envisage la question d'une manière plus large, mais celui de M. Poëls a un caractère plus précis, plus pratique, qui en rend la réalisation plus facile immédiatement.

M. le Président. — Le caractère un peu spécial et scientifique de nos discussions n'est pas fait pour attirer les Actuaires et Directeurs de Compagnies.

Il eût été désirable d'organiser une séance mixte particulièrement consacrée à l'étude de questions générales.

M. Siredey. — C'est dans ce but qu'avait été réglé le programme de notre séance de ce matin. On a groupé ensemble tous les rapports qui traitent la question des risques tarés.

Nos confrères M. Poëls, M. Rockwell, n'ont pas hésité à aborder le côté technique des assurances. Quant au troisième rapport, inscrit pour cette séance, il est dû à M. Sven Palme (de Stockholm), direc-

teur de la Thule. M. Sven Palme a déjà présenté un très intéressant rapport au Congrès d'Amsterdam. Quoique étranger à la médecine, il ne craint pas de collaborer avec les médecins, et nous devons lui être d'autant plus reconnaissants de son intervention, que son exemple n'a pas trouvé d'imitateurs dans notre pays.

M. Quiquet (actuaire de la Nationale). — On ne peut pas dire que les assureurs se désintéressent du Congrès des médecins d'assurances. Étranger à la médecine, je suis actuaire à la Nationale, et j'ai tenu à suivre vos débats.

M. Siredey. — Je remercie M. Quiquet de s'intéresser à nos discussions, mais je constate avec regret qu'il est ici le seul représentant de la science actuarienne.

M. Quiquet. — Je pourrais répondre à M. Siredey que les médecins ne s'intéressent guère aux Congrès des Actuaires.

M. Poëls. — Ainsi que vous le disait, il y a un instant, M. Manès, l'association allemande pour les sciences qui intéressent les assurances cherche à organiser pour l'année 1906 trois congrès qui auront lieu simultanément, réunissant des médecins, des directeurs de Compagnies d'assurances et des actuaires. Certaines questions pourront être étudiées en commun, et il en résultera des conclusions beaucoup plus pratiques.

De plus les médecins, directeurs et actuaires auront l'occasion de se connaître, d'échanger des idées, et apprécieront mieux la valeur de leurs efforts réciproques.

M. le Dr Dufour (de Lausanne). — Je m'associe volontiers à ce projet de réunion, mais son exécution sera encore lointaine.

Pour arriver à des conclusions pratiques, il faut des documents précis, et en particulier des tables de mortalité consacrées spécialement aux risques tarés.

Or, ce sont les médecins qui doivent fournir aux Compagnies des renseignements sur lesquels les actuaires baseront leurs études techniques.

M. Poëls. — Nous, médecins, nous sommes déjà disposés à accepter d'emblée quelques risques tarés : certains glycosuriques et quelques cardiaques par exemple. Mais dans quelles catégories devrons-nous les placer? A quelles conditions pourra-t-on les admettre? C'est aux actuaires de nous le dire.

M. Quiquet. — Les actuaires ne demandent qu'à faire une étude approfondie des risques tarés. Mais les statistiques médicales sont très incomplètes, peu précises, et ne comprennent qu'un nombre trop limité de cas.

Les tables de mortalité sur lesquelles s'appuient les actuaires, dans la pratique ordinaire des assurances, reposent sur des bases très larges, sur un nombre considérable de faits.

Aussi les conditions changent-elles quand il s'agit des risques tarés,

BOSTON MEDICAL
MAR 4 1922
LIBRARY

et les actuaires sont justement préoccupés de l'absence ou de la pénurie des documents, sur lesquels on leur demande d'établir des moyennes.

M. Siredey. — Je partage volontiers les craintes exprimées par M. Quiquet sur le caractère aléatoire, incertain, des statistiques médicales, en matière de mortalité. A l'heure actuelle, les causes de mort sont encore presque partout rattachées à une classification anatomique. On dit qu'un individu a succombé à une hémorragie cérébrale, à un ramollissement, à une maladie de cœur, mais on n'indique guère l'affection initiale, infection, intoxication, dystrophie constitutionnelle ou acquise, qui est la véritable cause des altérations vasculaires ou cardiaques ayant occasionné la mort. Il en résulte un malentendu permanent qui trouble singulièrement l'interprétation des statistiques.

Mais, si l'on envisage ainsi la question, on se trouve enfermé dans un cercle vicieux d'où l'on sortira difficilement. Les actuaires demandent aux médecins d'établir des moyennes qui ne pourront être fixées qu'à l'aide de documents fournis par les médecins. Or, les risques tarés n'étant pas admis actuellement à l'assurance, les médecins ne sauraient rassembler à ce propos les éléments d'une statistique. On pourrait prolonger d'une façon indéfinie la discussion sans réaliser le moindre progrès.

Il me semble que dès maintenant il serait facile de s'entendre pour réunir quelques documents, sur lesquels on établirait les premiers essais d'admission des risques tarés.

Les dossiers des Compagnies d'assurances nous permettent de savoir à quel moment, et parfois comment meurent les assurés, mais il serait encore plus important pour nous d'apprendre ce que deviennent *les refusés*. M. Sven Palme a montré au congrès d'Amsterdam qu'un certain nombre d'entre eux atteignent ou dépassent la moyenne. Le directeur d'une de nos grandes Compagnies françaises me racontait, l'hiver dernier, qu'un candidat à une assurance de 25 ans, refusé pour raison de santé, lui avait envoyé, pendant 25 années consécutives, sa carte au jour de l'an, tenant à lui prouver que l'on avait eu tort de l'écarter.

Je crois que les Compagnies, dans un grand nombre de cas, seraient facilement en mesure de nous renseigner sur la situation des refusés. Généralement les agents connaissent les personnes qu'ils présentent à l'assurance; on pourrait leur demander de les suivre, et de fournir au bout de quelques années des renseignements sur leur état de santé. Cette enquête serait surtout facile en province, et elle donnerait des résultats très instructifs.

M. Poëls. — Comme vient de le dire M. Siredey, l'initiative de cette mesure est due au comité Scandinave et le congrès d'Amsterdam en avait vivement félicité M. Sven Palme lors de son intéressante communication.

M. le Dr Volborth (de Berlin). — Il est très utile que nous sachions exactement ce que deviennent les personnes que nous refusons, comment elles passent le reste de leur vie. Pour établir une pareille statistique, il faudrait un grand nombre d'années.

La Compagnie « Victoria » de Berlin a commencé un travail de ce genre. Elle a une liste de personnes refusées dont elle suit la santé aussi régulièrement que possible. Elle note les accidents qui leur surviennent et les causes de décès. On apprend ainsi assez exactement ce que deviennent les refusés.

Nous avons en Allemagne encore un autre avantage, celui de connaître parfaitement les antécédents des gens que nous acceptons, grâce aux communications que nous font leurs médecins, avec leur autorisation.

Nous acceptons habituellement un certain nombre de risques tarés tels que : glycosuriques, emphysémateux, lithiasiques biliaires, rhumatisants, etc.

Je ne sais pas jusqu'à quel point on pourrait se baser sur ces statistiques encore trop récentes. Mais la Compagnie d'assurances de Gotha possède des statistiques beaucoup plus importantes. Je n'insisterai pas sur ce point, M. Florschütz ayant l'intention, je crois, d'en parler plus longuement.

M. Manès. — Il sera peut-être intéressant d'apprendre qu'au prochain congrès international des actuaires qui aura lieu, cette année, à New-York, des actuaires de tous les pays feront des rapports sur les risques tarés observés dans chaque nation.

M. Quiquet. — Le vœu de M. Siredey me paraît irréalisable pour deux raisons : les agents d'assurances cherchent à gagner leur vie. En recrutant des sujets pour l'assurance, ils accomplissent une besogne intéressée. Il serait bien difficile de leur demander de faire un travail sans intérêt et sans profit pour eux.

De plus on ne saura pas toujours si le sujet en observation aura succombé par suite de la maladie qui l'a fait refuser lors de l'examen médical.

M. Siredey. — A la première objection de M. Quiquet je répondrai qu'il est facile d'intéresser l'agent d'assurances aux recherches que je demande. Il suffirait de lui offrir soit un supplément d'appointements, soit une allocation spéciale pour ce genre de travail.

Il en résulterait certaines dépenses pour les Compagnies, mais il me semble que ces frais seraient promptement et largement compensés par les avantages que leur procurerait l'assurance des risques tarés.

Quant à la seconde objection, elle ne porte aucune atteinte au vœu que j'ai présenté.

Il nous importe beaucoup plus de savoir à quel âge a succombé un sujet refusé pour une tare quelconque, que de connaître exactement la

cause de sa mort. Si nous refusons une personne atteinte d'une affection cardiaque par exemple, que cette personne succombe à une attaque d'asystolie, à une crise d'urémie, ou au cours d'une maladie intercurrente, comme une pneumonie, cela n'a pas grande importance. Au point de vue scientifique, il est intéressant de savoir si la maladie du cœur a été la cause directe ou indirecte de la mort, mais au point de vue de l'assurance il suffit de connaître la durée de la survie.

Il ne faut pas oublier d'ailleurs que nous sommes bien souvent impuissants à déterminer avec précision la cause de la mort, parce que, dans un grand nombre de cas, celle-ci survient à la suite d'altérations multiples, en quelque sorte superposées, qui ont été le résultat de maladies successives. C'est ainsi qu'une fièvre typhoïde, par exemple, peut laisser après elle une lésion de l'aorte qui sera ultérieurement aggravée par une maladie nouvelle, telle que la scarlatine, l'impaludisme, la syphilis, etc., et il est à peu près impossible d'attribuer à chacune de ces affections la part exacte qui lui revient dans la genèse des accidents observés ultérieurement.

Il me semble que des recherches sur l'avenir des refusés, entreprises dès maintenant par les Compagnies, fourniraient dans un délai assez court des renseignements très importants, à l'aide desquels on pourrait établir des tables de mortalité qui serviraient de base pour les premiers essais d'admission des risques tarés.

M. Sven Palme. — J'appuie la proposition de M. Poëls et celle de M. Siredey qui tendent au même but; elles me paraissent parfaitement réalisables.

On pourrait, je crois, s'adresser au secrétaire général du congrès de New-York et lui demander des détails sur les méthodes qui ont été employées pour établir les statistiques dont on vient de nous parler.

Dans les congrès d'actuaires on se préoccupe surtout de questions mathématiques et économiques, mais les médecins peuvent faire leur profit des conclusions auxquelles on arrive.

M. le Dr Pouliot (de Poitiers). — Je pense que l'enquête dont parle M. Siredey est facile, surtout dans les villes de province, où les agents connaissent parfaitement les candidats à l'assurance et leurs familles. On obtiendra toujours des renseignements à peu près suffisants sur l'avenir des refusés.

M. Weil-Mantou. — Un de nos confrères, ancien médecin militaire, M. Granjux, m'a justement fait observer qu'on pourrait utiliser, pour des enquêtes de ce genre, les fiches de diagnostic des réformés. On serait fixé sur le moment où a été reconnue la maladie qui les a fait éliminer de l'armée, et sur la date du décès.

M. Mahillon. — Il faut, avant tout, grouper diverses catégories de risques tarés, réunissant des cas dont les chances de survie seraient à

peu près les mêmes. On obtiendrait ainsi, dans un délai relativement court, des statistiques assez étendues.

Les Compagnies d'un même pays devraient se réunir pour entreprendre, en commun, des recherches sur les refusés et pour établir de la sorte des tables de mortalité; puis les mêmes Compagnies, pendant toute la période d'essai, pourraient s'associer pour accepter des risques tarés. En opérant ainsi, les intérêts des Compagnies seraient parfaitement sauvegardés.

M. Quiquet. — Plusieurs membres étrangers du congrès viennent de faire allusion à des statistiques recueillies sur divers groupes de risques tarés. Il serait désirable que l'on publiât, à ce propos, des documents précis.

M. le Président. — M. le Dr Florschütz, de Gotha, doit faire une communication sur les statistiques de « la Gotha ».

Je crois que nous sommes tous d'accord pour reconnaître que des enquêtes minutieuses sont nécessaires, si l'on veut appuyer sur une base solide l'admission des risques tarés.

Ces enquêtes ne peuvent être faites que par les Compagnies d'assurances.

Le vœu de M. Poëls demandant que les directeurs des Compagnies entreprennent l'étude des risques tarés, au point de vue technique, répond au désir unanime du congrès. Le vœu de M. Siredey ne fait qu'appuyer celui de M. Poëls en indiquant une des formes que l'on peut donner à ces enquêtes; il n'est peut-être pas indispensable de le voter séparément.

M. Siredey. — Je n'ai pas eu d'autre intention, en effet, que d'appuyer la proposition de M. Poëls. Une entente entre les directeurs des Compagnies d'assurances et les médecins conduira, je pense, à employer, avec beaucoup d'autres modes d'investigation, celui que j'ai proposé.

M. le Président. — Je mets aux voix le vœu de M. Poëls.

Il est adopté à l'unanimité.

M. Poëls. — Après ces considérations générales sur les risques tarés, j'ai étudié, dans mon rapport, la tuberculose des os et des articulations. Cette question se rattache dans une large mesure au sujet qui doit être traité, dans une séance ultérieure, par M. le Dr Schulthess de Zurich et par M. le Dr Redard de Paris : les déformations du thorax et de la colonne vertébrale.

Il serait peut-être préférable de renvoyer à cette séance la discussion de la fin de mon rapport pour éviter au Congrès d'aborder deux fois la tuberculose des os.

M. le Dr Lacombe (de Paris). — Bien qu'il s'agisse, dans ces études, de la tuberculose osseuse, les diverses questions qu'elle comporte ont été envisagées sous des aspects assez différents pour qu'on puisse les discuter séparément. M. Schulthess et M. Redard se sont occupés de la tuberculose du squelette, uniquement au point de vue des défor-

mations du tronc qui peuvent en résulter. Le sujet traité par M. Poëls vise particulièrement les os et les articulations des membres, il me semble que ces détails méritent d'être discutés séparément.

M. le Président. — Je ne vois aucun inconvénient à ce que cette partie du rapport de M. Poëls soit discutée immédiatement.

M. Poëls. — Beaucoup de lésions tuberculeuses des os et des articulations guérissent avec ou sans opération, et il n'est pas rare que cette guérison persiste pendant de longues années.

Cette guérison spontanée est forcément lente, et une intervention chirurgicale large et profonde peut en hâter beaucoup l'évolution.

Il est donc rationnel de dire que :

Un certain nombre de personnes ayant été atteintes de tuberculose des os et des articulations, et qui ont subi une intervention chirurgicale consistant en une excision très large des foyers morbides, pourraient être admises à l'assurance sur la vie.

L'acceptation de ces personnes n'aurait lieu qu'à des conditions spéciales.

Il est nécessaire de faire des recherches dans le but de réunir des éléments de statistique sur les points suivants :

1° Quelle est la mortalité parmi les personnes qui ont été atteintes de tuberculose des os ou des articulations et qui n'ont pas été opérées?

2° Quelle est en moyenne la longévité de ces personnes ?

3° Pendant combien de temps la guérison spontanée, par cicatrisation à la suite d'un simple traitement médical, s'est-elle maintenue?

4° Quelle est la mortalité parmi les personnes qui ont été atteintes d'une tuberculose des os ou des articulations et qui ont été opérées?

5° Quelle est en moyenne la durée de l'existence de ces personnes?

6° Pendant combien de temps la guérison s'est-elle maintenue après l'opération?

M. Weill-Mantou. — La proposition de M. Poëls me paraît très rationnelle et elle mérite d'être acceptée. A la compagnie « le Phénix » que je représente ici, on reçoit depuis plusieurs années les *anciens coxalgiques*, sous l'inspiration de notre médecin en chef, M. le Dr Peyrot. C'est ainsi que quarante ou cinquante anciens coxalgiques, présentant vers l'âge de trente ans tous les attributs de la santé, ont été admis *sans surprime*. On ne semble pas encore avoir eu lieu de le regretter. Des statistiques précises seront publiées, sous peu, sur ce sujet.

M. Poëls. — Nous en faisons autant depuis cinq ans.

M. Siredey. — On pourrait faire, à ce propos, des recherches plus larges que celles qui sont limitées au terrain de l'assurance sur la vie si l'on utilisait les fiches de réforme lors de l'appel sous les drapeaux et des enquêtes faites dans divers asiles ou hospices.

M. Schulthess. — Il ne s'agit pas de savoir si les sujets en question ont été opérés ou non; ce qui est important, c'est la notion de tuberculose. L'opération peut guérir la lésion locale, elle ne guérit pas la tuberculose. Il faut donc décider si l'on veut admettre à l'assurance certaines tuberculoses. En prenant les choses au point de vue purement local, je crois que les coxalgiques peuvent être acceptés lorsqu'il ne persiste pas de fistule.

M. Poëls. — Il est bien évident que les coxalgies et autres arthrites ne sont envisagées ici que comme des lésions tuberculeuses. C'est bien des *tuberculoses locales guéries* que je propose l'admission.

M. le Président. — En l'absence de statistiques précises, M. Poëls ne présente pas, à proprement parler, de conclusions fermes. Il pense que certaines tuberculoses locales guéries peuvent être acceptées pour l'assurance, et il formule des vœux pour que des enquêtes soigneusement poursuivies sur l'évolution des tuberculoses articulaires et osseuses, opérées ou non opérées, permettent de préciser les conditions de leur admission.

Dans l'état actuel de nos connaissances, il ne me semble pas possible de demander davantage. Je mets aux voix les propositions de M. Poëls.

Elles sont adoptées.

M. le Président. — L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. le Dr Th. Rockwell.

IX

Rapport de M. le docteur Thomas H. ROCKWELL,

de Londres,

Médecin en chef, pour la Grande-Bretagne, l'Irlande et les Pays-Bas, de la Société d'assurances sur la vie *l'Équitable des États-Unis.*

QUELQUES OBSERVATIONS SUR L'ADMISSIBILITÉ DES RISQUES TARÉS

M. le Président. — M. le Dr Rockwell ayant été, à notre grand regret, empêché d'assisté au Congrès, je donne la parole à notre Secrétaire général pour résumer son rapport.

M. le Secrétaire général. — Le rapport de M. le Dr Rockwell constitue l'un des plus importants parmi les remarquables travaux présentés au Congrès. Il aborde le fond même de la question d'admissibilité des risques tarés, faisant ressortir *les droits du candidat à*

l'assurance, et *la possibilité de concilier ses intérêts avec ceux de la Compagnie d'assurances.*

Envisageant la question à un point de vue général, il montre l'importance des conditions qui concourent à diminuer les chances de survie : mauvais antécédents héréditaires ; mauvais antécédents personnels ; les tares actuelles du postulant ; les mauvaises conditions de milieu et d'existence. M. Rockwell étudie très soigneusement et avec une grande compétence les modifications qu'il convient d'apporter, pour l'admission des risques tarés, aux conditions ordinaires de l'assurance, et qui se résument à trois procédés :

1° Obliger le postulant à contracter une assurance mixte ;

2° Ajouter un certain nombre d'années à l'âge réel en fixant le taux de la prime, d'après l'âge ainsi obtenu ;

3° Mettre dans la police d'assurance une surprime pour un certain nombre d'années, ou augmenter graduellement, année par année, la somme due en cas de décès jusqu'au paiement intégral, à un terme donné, de ladite somme.

C'est à propos de ce rapport surtout que nous aurions été heureux d'avoir l'avis de MM. les Directeurs des Compagnies d'assurances et des Actuaires. Il aborde des questions extrêmement importantes au point de vue de l'intéressant sujet qui nous occupe ici, et nous n'avons pas, pour la plupart, une connaissance suffisante de la technique des assurances, qui nous permette de le discuter avec fruit.

M. le Président. — Comme vous le voyez, Messieurs, le très intéressant travail de notre collègue M. Rockwell est d'ordre purement technique, et il échappe un peu à la discussion médicale. Il gagnerait à être étudié spécialement par l'Association internationale des médecins experts, dans les séances auxquelles sont convoqués des directeurs de Compagnies d'assurances et des actuaires. C'est là seulement qu'il trouverait des argumentateurs vraiment compétents.

M. Siredey. — J'appuie la proposition de notre président, mais je crois être l'interprète de vos sentiments à tous en félicitant M. Rockwell de son travail et en lui adressant tous nos remerciements. (*Approbations.*)

M. Quiquet. — Il me semble, Messieurs, que le rapport de M. Rockwell pourrait être avantageusement envoyé au Congrès des Actuaires qui doit avoir lieu prochainement à New-York. Les questions générales qui y sont traitées auraient le plus grand intérêt pour tous ceux qui s'occupent des assurances, et on ne pourrait mieux travailler à la diffusion de vos idées.

M. le Président. — M. le Secrétaire général sera chargé d'écrire à M. le Dr Rockwell dans ce sens.

L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. Sven Palme.

X

Rapport de M. Sven PALME,

de Stockholm.

Directeur en chef de la Compagnie d'assurances sur la vie *Thule*.

SUR LES NOUVELLES MÉTHODES ESSAYÉES DANS LES PAYS SCANDINAVES POUR L'ADMISSION DES RISQUES TARÉS

M. Sven Palme. — Messieurs, je commence, comme à Amsterdam il y a 2 ans, par m'excuser humblement de ce que j'ose demander la parole dans cette illustre Société de savants médecins, moi qui ne suis pas médecin, et j'implore toute votre indulgence pour le peu que j'ai à dire. Je n'ai pas beaucoup à ajouter à ce que j'ai eu l'honneur de communiquer dans mon rapport.

Le Comité scandinave des risques tarés continue toujours ses travaux. On a achevé le calcul des primes de toutes les combinaisons d'assurance ordinairement employées dans nos pays, et on s'occupe, maintenant, à calculer les tableaux de réserves qui correspondent aux primes augmentées des différents groupes de risques tarés. D'après l'ancienne méthode, ordinairement employée pour contre-balancer ces risques, on se sert des tableaux de réserves, basés sur la mortalité ordinaire. Nous transférons le risque, non seulement pour les primes mais aussi pour ce qui concerne les réserves, à une table de mortalité toute spéciale. Et vous savez, Messieurs, combien les tableaux de réserves sont laborieux à calculer.

J'ai eu l'occasion de dire, dans mon rapport, que les méthodes, proposées par notre Comité, ne sont en usage que depuis le commencement de cette année. Je ne peux donc pas vous donner des résultats ayant une valeur décisive. Mais je me permettrai tout de même de vous dire quelques mots sur l'emploi des méthodes du Comité dans la Compagnie dont je suis le chef.

Le principe fixé par le Comité était de simplifier le système autant que possible. Dans ce but, on a d'abord réduit à deux seulement les classes de risques, et en même temps on a proposé aux Compagnies d'accepter, contre primes normales, beaucoup de risques, pour lesquels on employait antérieurement de petites restrictions. En outre, il faut remarquer que les primes de la classe plus élevée sont basées sur l'expérience de mortalité parmi les refusés, de sorte que l'on peut prétendre qu'on pourrait accepter contre ces primes plus élevées beaucoup de risques tarés. antérieurement refusés. La valeur de ces

principes est démontrée par la pratique de « la Thule » pendant les quatre premiers mois de cette année.

La totalité des refusés s'élève pendant les cinq ans 1898-1902 à 6, 2 pour 100, mais pendant les quatre premiers mois de cette année à 4, 5 pour 100 seulement.

Les risques acceptés sans aucune restriction s'élèvent pendant ces cinq ans à 88 pour 100, mais pendant les quatre mois ci-nommés à 92 pour 100.

Ces chiffres ne méritent pas trop d'attention, vu que le nombre total des assurances nouvelles ne dépasse pas 9-10 par jour, mais la différence entre les deux résultats est trop marquée pour être accidentelle.

Je ne vous donne pas de chiffres concernant l'emploi des différentes augmentations de primes pour les risques tarés, parce que le nombre en est trop petit et la classification, au début, assez incertaine. Mais on s'efforce de faire le mieux possible, et on arrivera sans doute à une technique définitive pour cette classification, surtout lorsqu'on possédera des connaissances plus précises sur l'évolution des différentes maladies ou dispositions morbides au point de vue de l'assurance sur la vie.

Je veux seulement dire quelques mots à propos des *surprimes*, dont j'ai parlé, dans mon rapport, page 91, et qui devaient être employées dans les cas où le danger est plus grand au commencement, mais où l'aggravation du risque diminue au fur et à mesure que l'assuré passe le temps dangereux. 30 pour 100 de tous les risques, acceptés contre une restriction quelconque, sont acceptés avec une surprime modérée ou élevée. Ces surprimes sont employées surtout dans les cas suivants : le proposant a souffert récemment d'appendicite ou de rhumatisme articulaire aigu; on a pu constater de la tuberculose dans la famille d'un proposant encore jeune; le proposant est tout jeune et sa constitution souffre d'une certaine faiblesse, il est par exemple surmené par le travail manuel ou l'étude.

Voilà le peu que je puis vous dire concernant l'expérience de la « Thule » avec les nouvelles méthodes, acceptées par plusieurs Compagnies suédoises pour l'admission des risques tarés.

Je viens de parler de la classification des risques tarés et des difficultés de cette classification en l'absence d'études approfondies relativement à l'importance des différentes maladies pour l'assurance sur la vie.

Comme j'ai l'honneur de le dire dans mon rapport, notre comité, les premiers travaux achevés, s'est occupé d'établir des statistiques sur deux de nos plus grands ennemis, la *syphilis* et la *tuberculose*.

J'ai donné dans mon rapport le formulaire accepté pour ces recherches par le comité.

Je me permettrai à présent de dire quelques mots sur la méthode que nous suivons pour remplir les colonnes de notre formulaire. Je

vais suivre le *Pro Memoria*, que nous avons adressé aux diverses compagnies :

« Le but de la recherche est d'étudier la mortalité parmi les personnes, infectées par la syphilis, afin d'en conclure les conditions, auxquelles ces personnes pourraient être acceptées à l'assurance. Les recherches concernent tous ceux, qui ont demandé, aux 17 compagnies intéressées, des assurances, sans que l'on s'inquiète de savoir si leurs demandes ont été acceptées ou refusées.

« On ne se propose donc pas une étude minutieuse de la maladie elle-même, ni de sa portée pour la mortalité en général.

« Le comité recommande que les documents relatifs au formulaire soient réunis par des médecins, parce que des études approfondies et une parfaite discrétion vis-à-vis du public sont nécessaires pour des recherches de ce genre.

« Il est important d'étudier toutes les demandes d'assurances depuis l'origine de chaque compagnie. Tous les cas, où la syphilis a été constatée à l'époque, où une demande d'assurance a été faite, doivent être soigneusement notés dans le formulaire, les réassurances non comprises.

« Si le formulaire médical d'une compagnie ne contient aucune question relative à la présence de la syphilis, il est nécessaire que le médecin étudie tous les papiers, tous les actes appartenant au dossier en question, pour constater si l'on peut conclure, ou non, à l'existence de l'infection.

« Tous les faits incertains ou seulement suspects doivent être soumis à l'examen du médecin en chef de la compagnie pour prouver si le cas doit être compté dans la statistique ou non.

« Si quelques actes de décès prouvent la présence de la syphilis, sans que, à l'époque de la demande d'assurance, les déclarations du proposant, et le rapport du médecin examinateur en aient fait mention et si, par conséquent, il paraît probable que l'infection a eu lieu après l'examen médical, ces cas ne doivent pas être comptés dans la statistique du comité.

« Le comité n'a pas voulu demander les noms des assurés, vu la nécessité du secret professionnel. »

Du reste, le mémorandum contient des indications pratiques pour faciliter les annotations dans le formulaire.

Les résultats de notre recherche sur la syphilis ne sont, naturellement, pas encore prêts. Les premières données statistiques ne sont pas même dans les mains du comité.

Cependant, la veille de mon départ de Stockholm, le médecin, qui s'est chargé de ce travail pour ma compagnie, m'a donné quelques chiffres, que je vous présente — « sans garantie du gouvernement ».

Il a étudié 44861 assurés, dont 1115, soit 2,5 pour 100, avec syphilis déclarée.

Le nombre des décès pendant la même époque s'élève à 1819 cas, dont 121, soit 6,6 pour 100, parmi ceux qui avaient déclaré la syphilis.

La mortalité parmi les syphiliques était 10,8 pour 100 mais parmi les non-syphilitiques 3,8 pour 100.

Cela correspond avec la statistique d'une autre compagnie suédoise, la « Nordstjernan », où la mortalité parmi les syphilitiques était de 15,3 pour 100 et parmi les non-syphilitiques 7,6 pour 100.

Pour la compagnie finlandaise, la « Kaléva », les deux chiffres étaient 12,6 pour 100 et 6,1 pour 100.

Les chiffres que je viens de vous donner ne disent pas autre chose que ce que tout le monde connaît, à savoir que la mortalité, parmi les syphilitiques, est beaucoup plus élevée que parmi les non-syphilitiques. Mais ce n'est pas cela seulement que nous comptons trouver. Nous cherchons la mortalité aux différents âges, nous espérons même pouvoir établir une table de mortalité spéciale pour les syphilitiques. Avant d'avoir étudié rigoureusement les lois spéciales pour la mortalité des syphilitiques, il nous paraît impossible de dire comment on doit les apprécier pour l'assurance sur la vie.

L'autre grande recherche, celle qui porte sur la tuberculose, n'est pas encore commencée. Notre dessein était d'abord de faire cette recherche de la même manière que l'étude sur la syphilis. Mais nous avons reculé devant les difficultés de ce travail. Pour le moment nous discutons le projet de ne faire la recherche sur la tuberculose que dans une seule compagnie, et on veut alors choisir la « Thule », qui peut disposer de statistiques plus considérables. En tout cas, j'aurai à délibérer sur cette question aussitôt après mon retour de Paris.

M. Siredey. — M. Sven Palme vient de parler des deux grands ennemis de l'assurance sur la vie : la *syphilis* et la *tuberculose*. Je crois qu'il serait injuste d'en oublier un troisième, aussi important : l'*alcoolisme* qui souvent d'ailleurs ajoute son influence malfaisante à celle des deux maladies précédemment indiquées. L'alcoolisme aggrave toujours la syphilis, et quelquefois il contribue à en provoquer l'inoculation. Il provoque souvent la tuberculose, il l'aggrave toujours lorsqu'il coïncide avec elle. A ce double point de vue, l'alcoolisme doit préoccuper le médecin d'assurances autant que la tuberculose, et plus que la syphilis, à mon avis.

Car, pour cette dernière maladie, j'avoue qu'il me paraît bien difficile d'établir des statistiques précises.

Les candidats à l'assurance n'en parlent pas volontiers. On ne la trouve que d'une manière tout à fait exceptionnelle dans les dossiers, parmi les renseignements que donnent les proposants. D'après mon expérience personnelle, elle ne figure pas en moyenne *une fois sur cent* dans les rapports médicaux que j'ai à examiner. Or, cette proportion est bien différente de celle que l'on rencontre dans la pratique ordinaire. M. le professeur Fournier évalue à 12 ou 15 pour 100

le nombre des syphilitiques observés dans la population masculine adulte des grandes villes, et j'ai souvent vérifié, dans le champ limité de mon observation, que cette statistique était l'expression très exacte, peut-être un peu atténuée, de la vérité.

Aussi je me méfie des chiffres de 1 pour 200, 1 pour 300, qui sont fournis par certaines compagnies.

En réalité, la syphilis est le plus souvent dissimulée par les candidats à l'assurance. Ils se présentent à l'examen lorsqu'ils n'ont pas d'accidents apparents, et la maladie passe inaperçue. La plupart de ceux qui l'avouent sont ceux qui ont des formes anormales accompagnées d'éruptions plus persistantes ou tout au moins plus apparentes, en raison de leur caractère ulcéreux, de leur pigmentation, etc.

Il est probable même qu'il s'agit dans ces cas de syphilis dont la gravité est au-dessus de la moyenne, ce qui explique la mortalité plus élevée que l'on signale chez les sujets de cette catégorie.

Il est d'ailleurs bien difficile d'établir des tables de mortalité pour les syphilitiques.

Ils succombent en général à la suite de lésions tardives ayant pour siège les centres nerveux, les reins, le foie, etc..., et, dans ces cas, la mort est rapportée non pas à sa cause pathogénique véritable, c'est-à-dire à la syphilis, mais aux lésions organiques ultimes qui en ont été la conséquence : ramollissement cérébral, hémorragie cérébrale, athérome artériel, anévrisme, néphrite chronique, etc. Qui saurait d'ailleurs, dans ces processus dégénératifs des différents organes, établir la part exacte de la syphilis et des diverses maladies infectieuses ou intoxications qui ont pu atteindre successivement l'organisme ?

De longtemps, je crois, nous ne posséderons pas une statistique sérieuse fixant la mortalité imputable à la syphilis.

M. le Dr Volbortii, de Berlin. — La compagnie Victoria de Berlin et beaucoup d'autres compagnies allemandes agissent d'après des principes analogues à ceux de la compagnie la « Thule ».

Qnant aux différentes sortes de risques tarés, je me bornerai à effleurer la question soulevée par M. Siredey relativement à l'importance de la syphilis. Étant médecin reviseur de la « Victoria », je vois, chaque année, environ 3 à 4000 dossiers de candidats. J'ai pu me convaincre que la proportion des syphilitiques, sur ce nombre, est d'environ 1 pour 100. La moitié de ceux-ci, environ, avaient déclaré leur maladie; chez les autres, on l'avait dépistée à l'examen.

Les cas graves de syphilis sont très rares à Berlin : les observations des praticiens de la ville sont d'accord, sur ce point, avec celles des médecins d'assurances.

Cette bénignité de la syphilis me paraît due à ce que tous les malades, même les gens du peuple, ouvriers, etc., n'hésitent pas à se

faire soigner dès qu'ils s'aperçoivent d'un accident. Nous avons de nombreuses cliniques dans lesquelles ils trouvent facilement les conseils et les soins dont ils ont besoin. La syphilis, étant ainsi soignée dès le début, s'éteint généralement sans donner lieu à des accidents graves.

La blennorragie est beaucoup plus fréquente; nous avons trouvé une moyenne qui varie de 25 à 50 pour 100. Nous avons renoncé à établir une statistique chez la femme, en raison des difficultés que présentaient les recherches à ce point de vue.

A la Compagnie Victoria nous procédons de la façon suivante :

Nous refusons les cas graves de syphilis, tels que : syphilis des os, de l'encéphale et des viscères, mais nous acceptons des personnes légèrement atteintes lorsqu'il s'est écoulé deux années, au moins, après la dernière manifestation de la maladie.

L'expérience nous a montré que cette manière de faire était bonne.

Une statistique des décès causés par la syphilis, basée sur les déclarations officielles des décès, n'aurait aucune valeur, car la syphilis n'est jamais signalée par les médecins comme cause de mort, elle ne figure même pas dans la classification des causes de décès indiquée par la loi.

M. Brouardel. — Dans les certificats de l' « Équitable des États-Unis », j'ai rencontré environ 8 à 10 pour 100 de syphilitiques. Cette Compagnie accepte les candidats trois ans après le début de la maladie, lorsqu'ils ne présentent aucun accident insolite, aucune tare concomitante, c'est-à-dire quand la maladie paraît avoir une évolution normale.

M. de Rothe (délégué du Danemark). — Au cours d'une enquête faite à l'Institution de l'État de 1871 à 1902, sur 7400 décès survenus pendant cette période, j'ai relevé seulement 75 cas dans lesquels la syphilis avait été déclarée lors de l'admission des sujets. Or, dans la moitié seulement de ces cas, on était en droit de penser que la mort pouvait être attribuée avec quelque probabilité à la syphilis.

Tant que la syphilis n'est pas guérie, on refuse les candidats. Lorsque la maladie peut être considérée comme guérie, on les accepte en augmentant de 5 années leur âge réel. Quand la syphilis date de 10 ans au moins, sans qu'il soit survenu d'accidents, ils sont reçus sans surprime, aux conditions ordinaires.

Les maladies qui me paraissent les plus pernicieuses pour l'assurance sont :

1° La tuberculose, qui fait chaque année tant de victimes dans le monde entier;

2° L'alcoolisme, dont le rôle n'est pas encore parfaitement connu, parce que cette question n'est que depuis peu de temps à l'étude;

3° Le cancer dont l'accroissement devient inquiétant depuis quelques années.

M. Mahillon. — Sur 18 000 contrats, je n'ai pas constaté une seule déclaration de syphilis ou de blennorragie. Je pense donc, comme M. Siredey, qu'il n'y a guère à compter sur les statistiques en pareille matière. Les candidats n'aiment pas à avouer les tares de ce genre et ils nous trompent régulièrement : ils ne sont sincères que lorsqu'il leur est impossible de faire autrement.

Envisageant la question des risques tarés à un point de vue général, j'estime qu'il serait désirable que les Compagnies pussent s'entendre, à la façon des compagnies scandinaves, pour assurer les risques tarés sans attendre que l'on possédât de grandes statistiques, propres à l'établissement de nouvelles tables de mortalité.

M. Weill-Mantou. — Dans les statistiques auxquelles vient de faire allusion notre collègue, M. Volborth, la mort par paralysie générale ou par tabes est-elle imputée à la syphilis ?

M. Brouardel. — En France, on considère généralement le tabes et la paralysie générale comme étant d'origine syphilitique; en est-il de même en Allemagne ?

M. Volborth. — Les opinions sont assez divisées sur ce sujet. Le professeur Leyden ne pense pas qu'il y ait des relations évidentes entre le tabes, la paralysie générale et la syphilis. Un certain nombre de médecins allemands sont également de cet avis.

M. Bahrdt (de Leipzig). — Je crois que la syphilis est plus fréquente, en Allemagne, que ne le disait tout à l'heure mon collègue M. Volborth, et il ne me semble pas qu'il y ait, à cet égard, de grandes différences entre les divers pays d'Europe.

Quant aux relations du tabes et de la paralysie générale avec la syphilis, admises par l'École française, je suis, pour ma part, convaincu de leur réalité, et un grand nombre de mes collègues allemands redoutent justement la syphilis, en matière d'assurance, à cause de son retentissement tardif sur le système nerveux.

M. Volborth. — J'ai donné, sur ce sujet, l'opinion du professeur Leyden, et non la mienne propre.

M. Mauriac. — Je crois que la syphilis n'a pas une importance prépondérante parmi les causes de mort, et il ne me semble pas qu'elle doive causer de grandes préoccupations aux médecins d'assurances. Dans les accidents tardifs de la syphilis, les stigmates cliniques, anatomiques et thérapeutiques, sont de plus en plus vagues.

Quoi qu'il en soit, la mortalité par syphilis passe bien au-dessous de la mortalité par tuberculose, par alcoolisme ou par cancer.

A mon avis, les conditions doivent être les mêmes pour l'assurance sur la vie que pour le mariage. Un syphilitique qui a suivi un traitement minutieux, dont l'état général est bon, peut être accepté au bout de 3 ou 4 ans. Telle est la méthode que j'ai toujours suivie, et je n'ai pas eu à le regretter.

M. W. Salomonsen (de Copenhague). — Je rappellerai que les

tableaux présentés par moi au Congrès d'Amsterdam concordent avec ce que viennent de nous dire nos collègues, M. Volborth et M. de Rothe.

Je crois aussi aux relations très étroites qui unissent le tabes et la paralysie générale à la syphilis. Je n'ai guère observé ces affections que chez des syphilitiques.

M. le Président. — Le rapport de M. Sven Palme ne comporte pas de conclusions précises que je puisse mettre aux voix. La discussion a montré que les membres du Congrès étaient d'accord avec notre collègue, et je ne puis que remercier au nom de tous M. le Directeur de « la *Thule* » de sa très intéressante communication.

(*Applaudissements prolongés.*)

M. le Président. — A propos de la communication de M. Sven Palme, M. Florschütz, de Gotha, demande à vous présenter les résultats des importants travaux de statistique entrepris par la Compagnie la Gotha.

LES NOUVELLES TABLES DE MORTALITÉ DE LA BANQUE DE GOTHA[1]

COMMUNICATION FAITE AU IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DES MÉDECINS D'ASSURANCES A PARIS, MAI 1903

par le docteur FLORSCHÜTZ,

1er médecin expert de la Banque d'assurances sur la vie de Gotha A. G.

M. W. Florschütz. — Messieurs, lorsque Halley établit la première table de mortalité d'après les listes mortuaires des années 1687-91 de la ville de Breslau, il créa ainsi une œuvre dont l'importance pratique fut appréciée pendant des siècles. Cependant la condition la plus indispensable au relevé de la mortalité, qui est de connaître non seulement le nombre des morts d'un certain âge, mais encore le nombre des personnes vivantes de cet âge dans le même champ d'observation, n'était pas remplie par ces tables. L'absence de documents relativement aux vivants n'était comblée qu'à l'aide d'un calcul qui devait nécessairement mener à de faux résultats et qui y menait en effet, comme il est facile de le démontrer, puisqu'il partait de fausses suppositions. Les tables de Halley purent conserver si longtemps leur influence parce que cette même pénurie d'observations certaines relativement aux vivants était également inhérente à tous les travaux ultérieurs entrepris dans ce domaine, et il ne pouvait être question, dans le cas le plus favorable, que d'une diminution des causes d'erreur et non de leur élimination. Celle-ci n'était réservée qu'à l'assurance

1. Note traduite de l'allemand par M. Schott, étudiant en médecine.

sur la vie du XIXe siècle, après que ses dossiers, dans lesquels le nombre des vivants et des morts de chaque âge était bien connu, furent accrus à ce point qu'ils parurent assez étendus pour qu'on pût en déduire des taux ayant une valeur universelle pour la mortalité de chaque âge. L'accroissement et la prospérité des différentes Compagnies d'assurances dans le temps actuel nous apprend combien l'assurance sur la vie a le droit d'être fière de cette acquisition et combien les tables de mortalité qu'elle a établies se rapprochent, en effet, de la réalité.

Mais ici on ne se contente pas plus pour cela de ce qu'on a obtenu que dans les autres travaux de l'intelligence humaine, où l'on aspire à la perfection scientifique. En effet, ces tables n'indiquent en somme que le nombre de ceux qui meurent sur un grand nombre de vivants d'un certain âge; elles n'ont, à l'exception de l'âge, aucun égard aux causes qui provoquent la mortalité, et ne disent pas dans quelle mesure chacune de ces causes participe aux cas de décès; elles n'expriment qu'une méthode grossière et sommaire, qui mène, grâce à l'importance des chiffres formant le point de départ, à des résultats excellents, mais qui ne permet aucune division dans ses composants.

Et pourtant une telle division est absolument nécessaire, si l'assurance sur la vie veut équitablement distribuer les primes à ses assurés, afin que chacun d'eux ne fournisse que la part qui lui revient selon les risques qu'il présente. On sait depuis longtemps que la mortalité ne varie pas seulement avec l'âge, mais encore avec le sexe, la durée et la forme de l'assurance, puis la profession. Seul le tableau de mortalité tenant compte de tous ces composants et permettant ainsi de calculer la prime réellement due par le candidat, peut donc être scientifiquement parfait.

Il est vrai que l'état actuel des connaissances scientifiques relatives à l'assurance sur la vie ne suffit pas pour établir un tel tableau idéal; car les documents réunis de toutes les Compagnies d'assurances allemandes ne suffiraient pas par exemple pour fixer exactement les proportions de mortalité d'un grand nombre de professions; mais les nouvelles tables de mortalité de la Banque d'assurances sur la vie de Gotha, nous montrent à quel point la science a progressé vers le but qu'elle s'était tracé. Nous allons étudier dans ses grandes lignes la constitution de ces tables de mortalité.

Les matériaux qu'elle avait à sa disposition pour construire ce tableau étaient exclusivement les documents propres de la Banque de Gotha, les observations personnelles faites sur ses assurés depuis sa fondation en l'année 1829 jusqu'à l'année 1895 inclusivement (terme des primes 1896). Il y a eu en tout 150 594 personnes assurées pour un total de 1088 millions de marcs (1360 millions de francs) qui fournirent 2 255 810 années d'observations et 46 480 décès. Relevés aussi minutieusement que possible quant aux vivants et aux morts, ces

documents pouvaient donner une certitude dépassant de beaucoup tout ce qui a été réuni en fait d'observations en Allemagne et ce qui a été utilisé comme base de tables de mortalité. Et pourtant la Banque de Gotha renonça, pour deux raisons à l'employer sans hésitation comme base des nouvelles tables qu'elle avait à établir. D'un côté les documents obtenus ne lui paraissaient pas suffisamment homogènes, car les assurés appartenaient aux deux sexes, et les formes d'assurances choisies par eux étaient également différentes, les assurances à vie et les assurances à prime fixe étaient pêle-mêle, et troublaient l'unité du tableau. D'un autre côté, le nouveau tableau devait se conformer aussi exactement que possible à l'état actuel de la mortalité; il devait nécessairement paraître douteux de comprendre la mortalité des périodes décennales antérieures, dans les observations devant former la base du travail, après que des enquêtes anciennes avaient déjà indiqué que la mortalité des assurés des dernières périodes décennales était tout autre et plus favorable que dans les autres périodes. Elle entreprit pour ces raisons de trier les matériaux, d'après le sexe et les formes d'assurances, éliminant toutes les femmes et tous les hommes qui n'étaient pas assurés à vie et se limita dans ses enquêtes suivantes, d'abord uniquement aux hommes assurés à vie. Ce nombre comprend 115 825 personnes, qui donnèrent en tout 1 917 819 années d'observation et fournirent 41 620 décès.

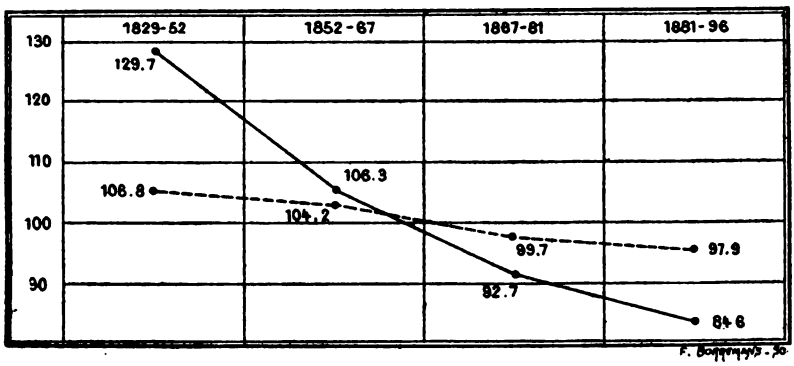
Le problème de rendre aussi homogène que possible les matériaux qui devaient former la base des enquêtes, était ainsi résolu d'une façon relativement simple. Par contre, des travaux très difficiles et très longs furent nécessaires pour fixer les matériaux du deuxième groupe. Mais ce sont précisément ces travaux qui sont devenus très intéressants pour la science médicale, spécialement pour la médecine d'assurances, parce que leurs résultats sont plus aptes que n'importe quoi, à mettre en évidence leurs progrès dans le cours de 70 ans depuis l'existence de la Banque de Gotha.

L'étude de la marche des travaux, dans ses menus détails n'est intéressante que pour les gens du métier; il suffit, pour comprendre ce qui suit, d'indiquer qu'on rechercha d'abord comme terme de comparaison les cas de décès calculables d'après l'expérience acquise pour les hommes assurés à vie de 1829-1895, qu'on divisa ensuite ces résultats en différentes périodes (1829-52, 1852-67, 1867-81, 1881-96), qu'on mit enfin en parallèle les nombres réels de décès observés avec les nombres de décès calculés par l'expérience acquise, en partageant les années des assurances en deux groupes : de la 1re à la 5e année, et de la 6e aux années suivantes :

Le premier tableau montre le résultat obtenu.

TABLEAU I

Nombre de décès observés pour 100 cas de décès évalués.
Périodes d'assurances.



——— de la 1re à la 5e année de l'assurance.
------- de la 6e année aux années suivantes.

Ce tableau prouve que la mortalité des assurés a régulièrement diminué de période en période, mais surtout dans les cinq premières années des assurances, pour lesquelles la 1re période donne un excédent de mortalité moyenne de 29,2 pour 100; la 2e période de même un abaissement de la mortalité de 15,4 pour 100. Cela veut dire en d'autres termes que la mortalité des assurés de la Banque de Gotha, durant les cinq premières années des assurances était, dans la dernière période, inférieure de 34,5 pour 100, comparativement à la première période d'affaires de la Banque, dans les premières années après sa fondation.

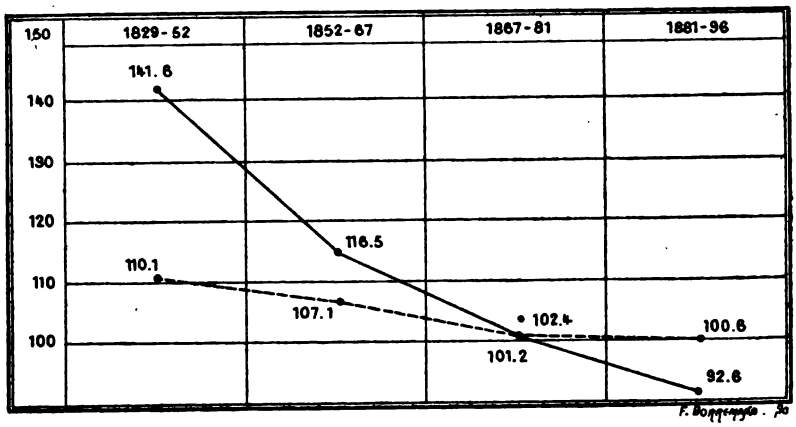
Le résultat est si extraordinairement favorable qu'il parut d'abord nécessaire d'en contrôler encore davantage l'exactitude. On changea donc la base de comparaison; on donna à la comparaison comme terme, non pas les chiffres de l'évaluation de 1829-1895, mais la mortalité qui fut observée pour la période de 1852-1895. Le résultat fut le même, comme on le voit dans le tableau II (p. 68); seulement les différents chiffres sont tous plus élevés, le terme de comparaison étant plus favorable.

On divisa enfin les statistiques en envisageant séparément les assurances en cours et les assurances nouvelles et on les mit de nouveau en parallèle avec la base de comparaison choisie en dernier lieu (1852-95). Cette fois encore le résultat (Tableau III, page 69) nous montre que les nouveaux risques s'étaient en effet considérablement améliorés d'une période à l'autre, tandis que la mortalité n'avait relativement que peu changé durant les différentes périodes pour les assurances en cours.

On ne pouvait donc pas douter du fait même; il ne manquait plus qu'une explication. Celle-ci n'était pas difficile à trouver, le résultat même la donnant. La diminution considérable de la mortalité dans les 5 premières années des assurances ne peut être qu'une conséquence de l'amélioration des nouveaux risques acceptés, et ne peut pas provenir d'une diminution générale de la mortalité, puisque cette diminution frappante de la mortalité n'apparaît précisément que dans les premières années des assurances, tandis que les années suivantes

TABLEAU II

Nombre de décès observés pour 100 cas de décès évalués.



——— de la 1re à la 5e année de l'assurance.
-------- de la 6e année aux années suivantes.

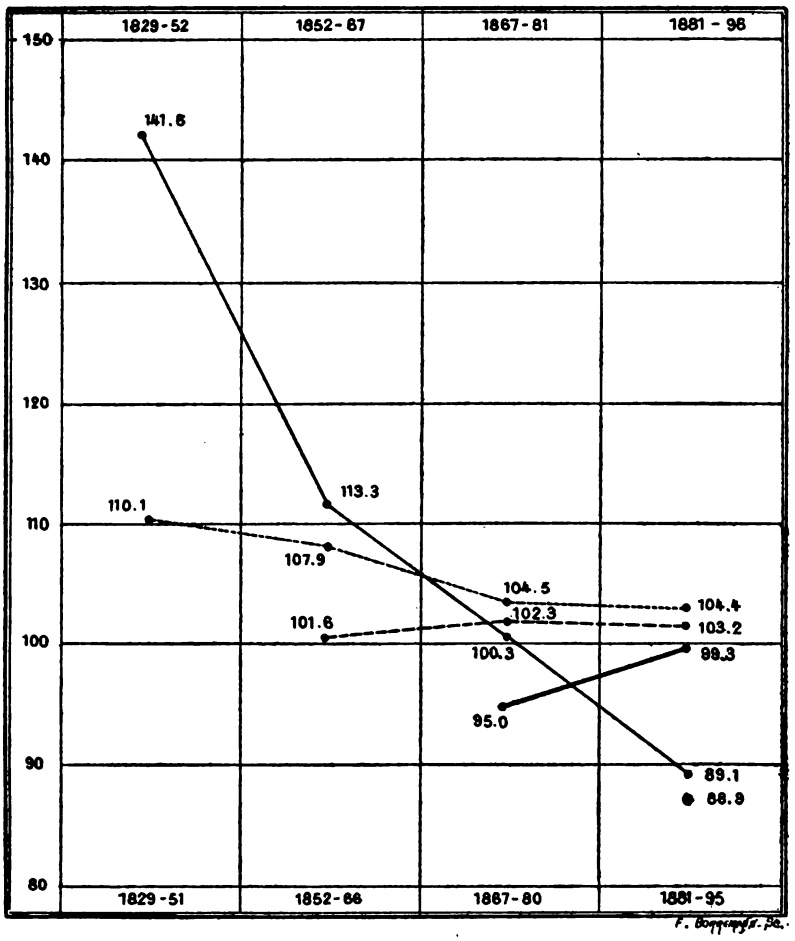
ne montrent pas ce recul; et puisque les nouveaux risques, qui sont des plus importants pour les 5 premières années exclusivement, n'ont qu'une importance secondaire pour les années suivantes.

Mais ici encore la réponse ne peut être douteuse, si l'on cherche la cause de l'amélioration des nouveaux risques. Car l'expérience acquise aujourd'hui concernant les offres d'assurance n'est pas de telle sorte qu'on puisse l'interpréter dans ce sens, que de nos jours, où l'assurances sur la vie pénètre dans des cercles toujours plus étendus, un plus grand nombre de personnes qu'autrefois jouissant d'une santé particulièrement bonne, s'adressaient aux assurances; il faut reconnaître sans aller plus loin que la cause d'amélioration des nouveaux risques doit être uniquement recherchée dans un triage de demandes d'assurances qui s'améliore toujours davantage. A son tour, ce triage doit être attribué à l'expérience continuellement croissante des Compagnies d'assurances elles-mêmes, mais surtout aux progrès faits en matière de diagnostic et de pronostic par les médecins qui les guident.

Quelque grande que soit la reconnaissance due à la médecine d'assurance actuelle, l'éloge n'est pourtant pas sans limite. Car si son

TABLEAU III

Nombre de décès observés pour 100 cas de décès évalués.



——— de la 1re à la 5e année de l'assurance.
..... à partir de 1829 à 1851.
------- à partir de 1852 à 1866.
═══ à partir de 1867 à 1880.
• à partir de 1881 à 1895.

influence se fait sentir très considérablement dans les 5 premières années des assurances, elle commence déjà à décliner à partir de la 6e année, pour disparaître peu à peu entièrement avec la 8e année. Et en cela, les périodes même les plus récentes non seulement n'ont

pu amener un changement, mais, au contraire, une aggravation paraît débuter d'après le tableau III.

Si nous poursuivons les courbes de ces périodes, à partir de la 6e année des assurances et au-dessus, deux faits nous frappent: d'abord une diminution modérée de la mortalité parmi les nouveaux assurés de 1829-51, ensuite, augmentant plus rapidement avec les périodes ui vantes, une élévation de la mortalité pour les années ultérieures. Pour apprécier ces faits comme ils le méritent, il ne faut pas oublier que la mortalité a une tendance à augmenter avec la durée de l'assurance, les autres circonstances restant les mêmes, précisément parce que le triage n'influe que sur les premières années. Il faut donc qu'il se soit manifesté, de 1829 à 1851, des causes qui ont influé favorablement d'une façon considérable et toujours croissante sur la mortalité, et ces causes ont dû, ou bien manquer entièrement, ou bien avoir été paralysées par d'autres causes d'un effet opposé.

On ne pourra distinguer sûrement la nature de ces causes que lorsque de longues séries d'observations permettront, après des années, une enquête approfondie sur la mortalité en détail. On ne se trompera toutefois pas en les expliquant aujourd'hui déjà dans le sens de l'hygiène populaire, et si l'on prend en considération les mesures préventives qui se sont développées de tous côtés. Il est vrai, aussi, que la durée moyenne de la vie est en train d'augmenter rapidement chez les peuples civilisés ; mais, les âges, qui seuls entrent en question pour l'assurance sur la vie, ne participent guère à cette amélioration. On peut même dire que cet accroissement de la moyenne de la vie humaine renferme presque un danger pour l'assurance sur la vie. Car elle est uniquement la conséquence de l'amélioration de la mortalité infantile. Les progrès de l'hygiène ont fait disparaître bien des dangers pour l'enfance; les chances, pour un enfant d'atteindre l'âge d'adulte et assurable, sont devenues partout plus grandes. Par contre, les maladies de l'âge adulte ont été peu influencées et la lutte pour l'existence s'est accrue et s'accroîtra davantage encore. Mais, en raison même des soins dont on entoure dans l'enfance les êtres débiles, on voit plus d'existences de valeur moindre atteindre l'âge assurable, uniquement pour succomber d'autant plus rapidement dans la lutte pour la vie et, naturellement, cette conséquence n'est pas à l'avantage de l'assurance. L'étude des moyens par lesquels on pourrait obvier à ce danger se trouve en dehors du cadre de ce travail ; nous y reviendrons à l'occasion dans un travail ultérieur.

Après qu'il fut prouvé que la mortalité s'était améliorée d'une façon continue, parmi les assurés, d'un groupe de nouveaux assurés à l'autre, il ne put naturellement plus être question de comprendre dans la nouvelle liste des observations d'assurances en cours depuis longtemps Il parut même désirable d'exclure encore d'autres périodes, la disparité ayant subsisté jusque dans les temps les plus récents.

Comme on pourrait objecter cependant qu'on est habitué à n'avoir confiance qu'en des tableaux qui sont basés sur des chiffres très importants, la Banque a décidé de n'avoir égard, pour le nouveau tableau, qu'aux observations provenant de l'entrée d'hommes assurés à vie, depuis 1852.

S'il ne s'était agi pour Gotha que d'établir un tableau sommaire uniquement gradué sur l'âge, les travaux préliminaires eussent été terminés, car elle n'avait plus pour cela qu'à compter les vivants de chaque âge et les cas de décès s'y rapportant, et à calculer d'après ces données le taux de mortalité. Mais son but était tout autre : la nouvelle table devait aussi prendre en considération les composants de la mortalité ; les enquêtes difficiles commencèrent alors sur l'influence qu'exerce le capital de l'assurance (circonstances sociales), le sexe (mortalité féminine), la forme des assurances (assurances à terme fixe) et enfin la durée de l'assurance sur la mortalité de ses assurés. Il y avait lieu de se demander dans quelle mesure il convenait de tenir compte de ces divers éléments pour établir de nouvelles tables. Seul, le capital parut devoir être négligé d'après les enquêtes. Car, en comparant le chiffre des décès aux sommes assurées, on reconnut que la mortalité évaluée d'après les sommes n'était pas plus défavorable que celle évaluée d'après les personnes, qu'elle montrait, il est vrai, de plus grandes oscillations que la mortalité évaluée par les personnes, mais qu'elle concordait ensuite de nouveau d'aussi près, qu'elle n'exigeait pas une attention spéciale dans le nouveau tableau.

Il en est autrement pour la mortalité des femmes assurées et pour les assurances à terme fixe. On trouve entre celles-ci et la mortalité des hommes assurés à vie de telles différences, qu'il n'était pas possible que le tableau établi pour ceux-ci fût valable également pour ceux-là ; il fallut entreprendre ici d'importantes corrections dans le tableau. Mais des difficultés pratiques empêchaient de les accomplir dans le tableau même. C'est pour cela que la Banque décida de chercher à obtenir la compensation par un autre moyen, par l'élévation et la diminution des primes.

La Banque de Gotha n'accepte aucun des risques qui sont considérés comme étant de valeur moindre, c'est-à-dire, des personnes dont l'état de santé paraît déjà suspect au moment de l'admission ; mais elle a souvent admis des personnes qui n'étaient pas indemnes de diathèses morbides, faisant craindre, à partir d'un âge plus avancé, que le danger de mort ne s'aggravât avec les années. Elle exigea alors, dans tous ces cas, une assurance de plus courte durée dont le but était d'exclure, par la liquidation du contrat avant la limite d'âge dangereuse, l'époque de la vie menacée ; cette *abréviation exigée* est opposée à l'*abréviation volontaire*, ou l'abréviation de l'assurance à un âge quelconque, antérieur à la 90e année, demandée, par l'assuré lui-même, et acceptée par la Banque. Dans ce cas, on n'aurait nulle-

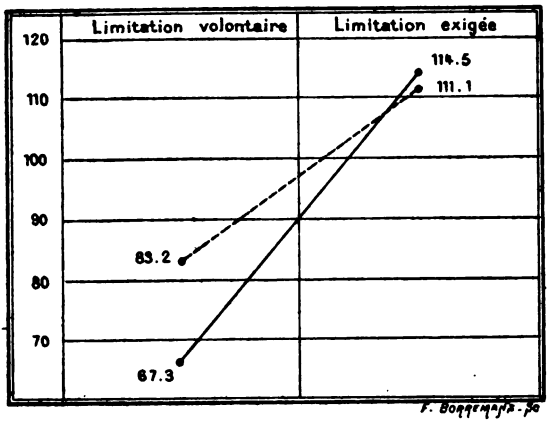
ment hésité à assurer le candidat s'il avait eu l'intention de s'assurer à vie (90 ans.)

Le tableau suivant indique comment la mortalité s'est comportée après les enquêtes dans les deux catégories d'abréviation.

TABLEAU IV

La mortalité pour les assurances de courte durée.

Nombres exprimant les cas de décès observés dans les abréviations pour 100 cas de décès chez les individus assurés à vie.



——— de la 1re à la 5e année de l'assurance.
------- de la 6e année aux années suivantes.

Les abréviations volontaires présentaient donc une mortalité bien moindre, les abréviations exigées, une mortalité supérieure tout aussi grande.

Ce résultat est pour la médecine d'assurances aussi étonnant que profond, car il n'exige rien moins que de rompre avec les opinions médicales, avec les maximes, qui ont mené jusqu'à présent aux abréviations forcées. S'il est avéré que la cause de la mortalité inférieure trouvée pour les abréviations volontaires consiste en ce qu'elles ne sont choisies que par des personnes absolument saines, qui elles-mêmes comptent sur une vie assez longue, et qu'on peut donc compter sur un certain choix, la cause de la mortalité supérieure des abréviations forcées reposait sur une erreur : on croyait qu'on pouvait choisir des risques, dans lesquels le danger de mort ne serait à craindre que plus tard. Le danger est présent à partir du moment où ces risques sont admis à l'assurance.

La Banque de Gotha agira dorénavant en conséquence. Les enquêtes lui donnent les bases d'après lesquelles elle peut admettre parmi les risques moyens les abréviations volontaires avec des conditions plus

favorables et des primes moins élevées; elles lui indiquent, d'un autre côté, les bases d'après lesquelles elle doit opérer par une surcharge de l'âge, au lieu des abréviations forcées, pour paralyser la perte plus grande évaluée, par le fait de ces risques, pour la totalité des assurés.

La mortalité des femmes est aussi très différente de celle des hommes. Ici également des corrections très importantes interviendront dorénavant pour la compensation, mais elles ne se régleront que d'après l'âge, les enquêtes ayant démontré que la mortalité des femmes n'est supérieure à celle des hommes assurés à vie, que jusqu'à l'âge de 35 ans; à partir de là, elle leur est inférieure. On tâchera d'obtenir l'assimilation au taux de mortalité des hommes assurés à vie, à l'aide de suppléments fixes et de bonifications.

Il ne reste donc plus à décider, pour établir le tableau de mortalité, que la question de la considération de la durée de l'assurance, c'est-à-dire si, et jusqu'à quel point, le tableau doit être gradué d'après les années des assurances. La première question devait être affirmée sans hésitation après les expériences extraordinairement favorables faites sur la mortalité des 5 premières années des assurances, que nous avons expliquées longuement plus haut; mais une question se posait : cette gradation suffirait-elle ou ne faudrait-il pas envisager encore d'autres années que ces 5 premières? Les enquêtes montrèrent en effet que la 6e et la 7e année exigeaient encore une division spéciale, si le tableau devait répondre aux circonstances réelles et qu'on ne pouvait traiter sommairement les âges qu'à partir de la 8e année de l'assurance. C'est d'après ces données qu'est établi le nouveau tableau de Gotha.

La colonne « nouvelle liste sommaire » indique, déduite de l'expérience, la proportion pour 1000 de la mortalité des hommes assurés à vie (1852-95), si l'on n'avait (comme jusqu'à présent dans tous les tableaux de mortalité) pris en considération que l'âge seul comme indication pour l'élévation de la mortalité (= tableau, sommaire). Ce taux est, si l'on prend un âge comme exemple, pour les gens âgés de 50 ans, de 14,36, et c'est d'après lui que la prime pour *tous* les hommes de 50 ans de l'assurance aurait dû être fixée; cette prime aurait naturellement été la même pour *tous*. Les différentes colonnes de la nouvelle liste graduée d'après la durée de l'assurance nous montrent combien peu est équitable cette distribution de primes égales à tous les hommes âgés de 50 ans. Car le tant pour 1000 de la mortalité des hommes âgés de 50 ans venant s'assurer actuellement n'est pas de 14,36, mais seulement de 8,22; pour les hommes âgés de 50 ans se trouvant dans leur 2e année d'assurance (donc ceux qui se sont assurés dans la 49e année) il est de 11,06, pour les hommes de 50 ans étant dans leur 3e année d'assurance (s'étant assurés dans leur 48e année) de 12, 20, etc.

Le schéma suivant, pris comme exemple, donne un aperçu de ce qu'est cette table, et doit être compris comme suit :

Taux pour 1000 d'après la nouvelle liste sommaire et la nouvelle liste gradnée de la Banque.

AGE	NOUVELLE LISTE SOMMAIRE	NOUVELLE LISTE GRADUÉE DE LA BANQUE DANS LES ANNÉES							
		1	2	3	4	5	6	7	8 et suiv.
25 ans.	4,70	3,20	4,25	4,73	4,99	5,11	5,17	5,20	5,21
30 —	4,49	3,06	4,11	4,70	5,09	5,29	5,45	5,61	5,67
35 —	5,80	3,69	4,77	5,34	5,75	5,99	6,15	6,35	6,46
40 —	7,75	4,83	6,19	6,88	7,36	7,70	7,96	8,31	8,60
45 —	10,45	6,32	8,16	9,02	9,63	9,99	10,28	10,66	10,96
50 —	14,36	8,22	11,06	12,20	13,00	13,46	13,81	14,45	15,00
55 —	21,30	10.83	15,27	17,00	18,06	18,75	19,51	20,82	22,07
60 —	31,95	14,73	20,94	23,45	24,99	26,36	27,96	30,37	32,65
65 —	46,70	20.39	28,31	31,84	34,34	36,76	39,40	43,71	47,19
70 —	70,88	»	»	»	47,99	51,86	56,82	64,08	70,96
75 —	106,12	»	»	»	»	»	»	»	106,14
80 —	161,88	»	»	»	»	»	»	»	161,88

L'influence de la durée de l'assurance sur la mortalité ne disparaît qu'avec la 8e année de l'assurance, donc ici pour ceux qui se sont assurés dans leur 45e année. Alors seulement on peut les traiter d'une façon sommaire.

Il nous reste encore à faire ressortir également l'importance que présente le nouveau tableau de mortalité de Gotha pour la science et la pratique de l'assurance sur la vie. C'est avec un plaisir particulier que j'ai pu le publier ici, pour la première fois, dans un grand cercle de collègues. (*Applaudissements.*)

M. le Président. — Au nom du Congrès, je remercie M. Florschütz de la très intéressante étude qu'il vient de nous communiquer.

MERCREDI 27 MAI

Séance de l'après-midi.

Sous la présidence de M. LEREBOULLET, vice-président.

M. le Dr Lereboullet. — Messieurs, notre cher Président, M. le Pr Brouardel, ayant été empêché d'assister à la séance, m'a chargé de l'excuser auprès de vous, et de le remplacer au fauteuil de la présidence. Bien que je n'aie ni son expérience ni son autorité, votre bienveillance me rendra la tâche facile.

M. le Pr Petersen a demandé la parole à propos du procès-verbal de la dernière séance.

M. le Pr Petersen (de Saint-Pétersbourg). — En attendant que des recherches soient entreprises dans les divers pays pour étudier l'avenir des refusés, il me semble qu'il y a quelque intérêt à faire connaître exactement les causes de refus que chacun de nous a rencontrées, car il n'existe aucune statistique générale faite à ce point de vue.

Le travail ci-joint n'a pas d'autre but que de fournir ces indications et d'appeler l'attention sur cette lacune.

Il existe depuis longtemps, en Russie, des statistiques concernant les sinistres d'assurance. Mais les statistiques concernant les causes de refus des proposants et la mortalité des refusés nous ont fait complètement défaut jusqu'aujourd'hui. Ces questions ont cependant une importance considérable; c'est pourquoi j'ai voulu essayer de compléter en ce sens les statistiques existantes, grâce à l'amabilité de la direction de la Compagnie russe pour l'assurance des capitaux et des rentes — Compagnie à laquelle je suis attaché depuis vingt-cinq ans, en qualité de médecin expert — grâce aussi à l'amabilité de la direction de la *Rossija* et de la succursale pour la Russie de la Compagnie l'Urbaine, il m'a été possible de réunir toute une série de chiffres sur ce sujet. Certes, il est évident qu'un nombre de 5000 cas est insuffisant pour tirer des conclusions générales; cependant, jusqu'à présent, on a toujours vu que les moindres données, apportant un peu de lumière sur les causes de refus, ont entraîné différents avantages pour les Compagnies d'assurances. J'espère donc que ma modeste communication sera le point de départ d'une entente générale sur cette question, qui touche de si près à celle des risques tarés.

Je me permets d'attirer l'attention de mes distingués confrères du IIIe Congrès international sur la nécessité d'élaborer une nomen-

clature internationale des causes de refus; jusqu'à présent, en effet, chacun était obligé, pour classer les proposants refusés, de s'en tenir aux données de son expérience personnelle. Il serait désirable que le IIIe Congrès admît que cette question fût mise ä l'ordre du jour du Congrès prochain.

Les données que j'ai pu réunir sont exposées dans le tableau ci-dessous :

Essai de statistique médicale des proposants refusés en Russie,

PAR LE PROFESSRUR O. DE PETERSEN,

Médecin de la Compagnie russe pour l'assurance des capitaux et des rentes à Saint-Pétersbourg, Médecin en chef de la succursale russe de la Compagnie française l'Urbaine.

EXAMEN DE 3000 CAS REFUSÉS AU POINT DE VUE MÉDICAL

Recueillis dans les archives de : I. La Société Russe pour l'assurance des capitaux et des rentes; II. La Société d'assurances « Rossija »; III. La Succursale Russe de l'Urbaine.

I. *Affections des voies respiratoires.*

	I	II	III	Moyenne
Bronchites	2.9	7.0	11.2 %	7 %
Pneumonies chroniques	10.3	12.6	8.3 »	10.4 »
Poumons suspects	3.8	4.9	5.2 »	4.6 »
Laryngites	1.1	0.7	1.2 »	1.0 »
Pleurésies	0.7	0.7	0.4 »	0.6 »
Emphysème	1.2	5.0	1.1 »	2.4 »
Hémoptysie guérie	0.5	—	0.3 »	0.2 »
Asthme	0.1	—	—	—
Carcinome du larynx opéré	0.1	—	—	—
	20.7	30.9	27.7 %	26.4 %

II. *Affections du cœur et des vaisseaux.*

Affections du cœur	12.7	16.3	15.9 %	15.0 %
Artériosclérose	6.6	4.6	6.6 »	6.0 »
Anévrisme	0.2	0.1	0.1 »	—
	19.5	21.0	22.6 %	21. %

III. *Affections des voies digestives.*

Maladies du foie	3.3	2.2	2.4 %	2.6 %
Gastrites chroniques	0.1	0.9	0.9 »	—
Hernies importantes	0.5	0.5	0.5 »	—
Tumeur de l'estomac	0.1	0.1	0.2 »	—
Périty phlite	0.3	0.5	0.2 »	—
Ulcère de l'estomac	0.1	0.3	0.1 »	—

	I	II	III	Moyenne.
Catarrhe chronique intestinal. . .	0.3	0.1	—	—
Colite chronique.	—	0.1	—	—
Fistula ani	—	0.1	—	—
Hémorroïdes.	0.6	—	—	—
Carcinome de la langue.	0.1	—	—	—
Carcinome de l'œsophage.	0.1	—	—	—
État déplorable des dents.	0.1	—	—	—
	5.4	4.8	4.3 %	4.8 %

IV. *Affections des voies uro-génitales.*

Néphrites (Albuminurie).	4.9	6.1	3.9 %	5.0 %
Cystites.	0.5	0.5	0.9 »	—
Urétrites chroniques.	0.2	0.4	—	—
Hypertrophie de la prostate. . . .	0.1	—	0.1 »	—
Phosphaturie	—	0.2	—	—
Rein extirpé	—	—	0.1 »	—
Néphrolithiasis.	—	—	0.1 »	—
Lithiasis opérée.	—	—	0.1 »	—
Orchite chronique.	—	—	0.2 »	—
Pyélite	—	—	0.2 »	—
Hydrocèle.	0.1	—	—	—
Stricture urétrale.	—	—	0.1 »	—
Coliques hépatiques	0.1	—	—	—
Métrorragies.	0.1	—	0.3 »	—
Dysmenorrhée.	—	0.2	0.3 »	—
Gravidité	0.4	—	—	—
Oophorite chronique	0.1	—	—	—
Tumeur de la matrice.	—	0.1	—	—
Endométrite.	—	0.1	—	—
Kyste ovarique..	—	—	0.1 »	—
Paramétrite chronique.	—	—	0.1 »	—
	6.5	7.6	6.4 %	6.8 %

V. *Affections du système nerveux.*

Tabes dorsalis	0.5	0.6	1.1 %	—
Psychoses (?)	0.5	0.1	0.9 »	—
Nervosité	0.7	0.3	—	—
Hémiparésie guérie	0.4	—	0.6 »	—
Paralysie progressive.	0.2	—	0.1 »	—
Syphilis cérébrale.	0.1	—	0.1 »	—
Atrophie du nerf optique	—	—	0.1 »	—
Paralysie infantile.	—	—	0.1 »	—
Épilepsie	0.1	0.4	0.1 »	—
Maladie de Basedow	0.2	0.1	—	—
Névrose.	—	0.1	—	—
Polynévrite.	0.1	—	—	—
Maladie de Menière.	0.1	—	—	—
Méningite cérébro-spinale guérie .	0.1	—	—	—
	3.0	1.6	3.1 %	2.6 %

VI. *Affections des os.*

	I	II	III	Moyenne.
Cyphose	0.4	0.1	0.4 %	—
Scoliose	0.1	0.1	0.2 »	—
Gonite	0.2	0.1	0.4 »	—
Coxite	—	—	0.1 »	—
Synovite tarsienne	—	—	0.1 »	—
Caries du tibia	0.1	—	—	—
Ostéite tuberculeuse (pendant l'enfance)	0.1	—	—	—
	0 9	0.3	1.2 %	0.8 %

VII. *Affections générales.*

Insuffisance du périmètre thoracique	12.1	2.9	9.9 %	—
Obésité	13.1	9.8	9.1 »	—
Alcoolisme	2.9	4 1	5.1 »	—
Anémie	5.2	4.3	4.0 »	—
Diabète	2.0	2.2	2.0 »	—
Sénilité	0.5	1.0	1.7 »	—
Maigreur suspecte	1.0	0.6	—	—
Malaria	0.7	0.1	—	—
Rhumatisme articulaire (réitéré)	0.2	0.3	0.4 »	—
Syphilis	1.8	3.7	0.3 »	—
Rhumatisme chronique	—	0.6	—	—
	39.5	29.6	30.5 %	33.2 %

VIII. *Affections différentes.*

Disposition héréditaire à la phtisie	1.4	0.7	0.5 %	—
Disposition héréditaire à l'aliénation	0.3	0.1	0.3 »	—
Disposition héréditaire au cancer	—	0.1	0.2 »	—
Les deux parents tuberculeux	0.1	0.1	0.3 »	—
Otite chronique	0.2	0.1	0.2 »	—
Adénite chronique	1.3	2.5	1.5 »	—
Mort prématurée des parents	0.7	0.1	0.4 »	—
Épithéliome opéré	—	—	0.1 »	—
Cataracte	—	—	0.1 »	—
Goitre	—	—	0.1 »	—
Lipomes multiples opérés	—	—	0.1 »	—
Sarcome	0.3	0.1	0.2 »	—
Tumeur amputée	0.1	—	—	—
Chéloïde	0.1	0.1	—	—
Polypes du nez	—	0.2	0.2 »	—
Varices des différentes parties du corps	—	0.1	—	—
	4.5	4.2	4.2 »	—

En considérant les chiffres exposés ci-dessus, on voit que des divergences profondes existent dans la manière de faire des diverses sociétés; c'est principalement au sujet de l'emphysème, de la syphilis, de l'insuffisance du périmètre thoracique et de l'alcoolisme, que ces différences sont accentuées. C'est évidemment l'appréciation personnelle des médecins en chef qui est la cause de ces variations.

J'espère que ce modeste essai de statistique engagera mes confrères, les médecins-experts, à continuer ces recherches, de manière à constituer enfin la statistique médicale des refusés.

Je soumets donc à la discussion devant les membres du IIIe Congrès international des médecins-experts les conclusions suivantes :

CONCLUSIONS :

1° *La statistique des cas refusés au point de vue médical est d'une grande importance pratique, surtout pour les médecins examinateurs.*

2° *Une nomenclature générale indiquant les causes de refus devra être établie par une Commission internationale et il serait désirable que cette nomenclature fût acceptée dans tous les pays par les Sociétés d'assurances sur la vie.*

M. LE PRÉSIDENT. — Je remercie M. Petersen de la communication qu'il a bien voulu nous faire, et si personne ne demande la parole sur ce sujet, je fais voter les conclusions qu'il propose.

Les conclusions mises aux voix sont adoptées.

M. LE PRÉSIDENT. — L'ordre du jour appelait la discussion du rapport de M. Flachs (de Moinesti), sur le « Coefficient de constitution ».

Ce rapport a été l'objet d'un incident très regrettable que l'absence de l'auteur nous oblige à exposer au Congrès.

A chacune des séances précédentes, vous avez pu remarquer que M. le Président appelait M. Flachs, à qui le bureau du Congrès voulait demander de retirer son rapport.

Depuis sa publication dans le volume des rapports du Congrès, le travail de M. Flachs a provoqué une protestation qu'il est impossible de passer sous silence.

Je donne la parole à notre Secrétaire général pour vous exposer les réclamations qu'il a reçues à ce sujet.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Le mémoire de M. Flachs nous a été envoyé il y a quelques mois; il a été traduit par M. Schott et publié avec les autres rapports présentés au Congrès.

Dès la seconde semaine de mai, M. le Dr Poëls (de Bruxelles), Secrétaire général de l'Association des médecins-experts, recevait une coupure de journal lui apprenant qu'un médecin militaire français, M. le Dr Pignet, avait traité la même question il y a deux ans.

Le 22 mai 1903, nous recevions de M. le Dr Pignet, médecin militaire à Vannes, une réclamation formelle, rappelant ses publications antérieures dans les *Archives médicales d'Angers*[1] et dans le *Bulletin médical*[2] *de Paris*.

Notre compatriote se plaignait d'ailleurs très justement que son travail n'eût même pas été cité par M. Flachs, alors que celui-ci en avait reproduit tous les principaux détails.

« L'auteur de la communication » dit M. Pignet, dans la lettre que je tiens à la disposition des membres du Congrès, « a fait une cer-« taine correction à ma méthode en introduisant ce qu'il appelle *la* « *circonférence abdominale*. J'admets cette modification qui lui appar-« tient, mais il n'en est pas moins vrai que tout le reste, même le « tableau de classement des constitutions, au bas de la page 95, cor-« respond exactement au mémoire que vous trouverez dans les « *Archives médicales d'Angers*. »

M. Pignet nous avait envoyé en même temps que sa lettre les trois numéros des « Archives médicales d'Angers », qui renfermaient son mémoire.

M. le Dr Granjux, Secrétaire de la rédaction du *Bulletin médical*, nous avait adressé, de son côté, le numéro du *Bulletin médical* contenant la note de M. Pignet.

Ces diverses publications établissent d'une manière formelle la légitimité des réclamations de notre compatriote, et fixent son droit de priorité. L'adjonction de la « circonférence abdominale », au procédé de M. Pignet, n'a pas paru suffisante au Bureau du Congrès pour caractériser une méthode personnelle, et l'étude de M. Flachs, envisagée dans son ensemble, nous a paru n'être que la reproduction d'un travail publié antérieurement. Dans ces conditions, le Bureau a pensé qu'il n'y avait pas lieu de discuter le rapport de M. Flachs.

M. Poëls. — Je ne puis qu'appuyer les conclusions du Bureau, l'analogie des deux mémoires étant évidente.

M. le Président. — Je mets aux voix les conclusions du Bureau.

Elles sont adoptées à l'unanimité.

M. le Président. — L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. le Dr Béclère.

1. Valeur numérique de l'homme, par le Dr Pignet. *Archives médicales d'Angers* (Août, Septembre, Octobre 1900.)

2. Du coefficient de robusticité, par M. le Dr Pignet. *Bulletin médical* du 27 Avril 1901.

XII

Rapport de M. le docteur A. BÉCLÈRE,

de Paris,

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

SUR L'EXAMEN RADIOSCOPIQUE CHEZ LES CANDIDATS A L'ASSURANCE SUR LA VIE

M. le Dr Béclère. — Il serait superflu de démontrer les services que peut rendre l'exploration des organes internes à l'aide des rayons de Röntgen. Certaines lésions initiales de la tuberculose des poumons ou des ganglions du médiastin, certaines dilatations anevrismales de l'aorte, peuvent échapper à l'auscultation la plus minutieuse, alors qu'elles sont facilement et rapidement décelées par la radioscopie. Il serait désirable que la plupart des candidats à l'assurance fussent soumis aux rayons X, et il est permis de supposer que les progrès de la technique et la diffusion de cette précieuse méthode d'examen en généraliseront à l'avenir l'emploi. Mais, dès maintenant, il est indispensable que les Compagnies d'assurances réclament l'examen radioscopique lorsqu'il s'agit d'assurances importantes, ou lorsque le médecin expert considère le cas comme douteux.

C'est dans cette pensée que j'ai présenté les conclusions suivantes :

1° *Les rayons de Röntgen constituent un merveilleux instrument de diagnostic capable de rendre aux Compagnies d'assurances sur la vie de grands services;*

2° *L'examen radioscopique du thorax qui peut révéler certaines affections latentes de l'appareil respiratoire et de l'appareil circulatoire, inaccessibles aux procédés habituels d'exploration, représente, chez les candidats à l'assurance sur la vie, le principal mode d'emploi des rayons de Röntgen;*

3° *L'examen radioscopique du thorax est particulièrement indiqué quand il y a doute sur l'existence d'une tuberculose pulmonaire, d'une hypertrophie cardiaque ou d'un anévrisme aortique, ainsi que dans tous les cas où le candidat doit être examiné par deux médecins.*

M. Volborth. — La radioscopie peut encore être utilement employée pour déceler les calculs vésicaux.

M. Poels. — On pourrait faire les mêmes remarques pour les calculs du rein.

M. Volborth. — Dans le rein, la recherche des calculs à l'aide de la radioscopie est beaucoup plus difficile et moins efficace.

M. Béclère. — C'est la radiographie, bien plus que la radioscopie, qui peut servir à déceler les calculs rénaux ou vésicaux et cela n'est pas toujours facile. Quant aux calculs biliaires, ils échappent le plus souvent à la radiographie.

M. Mauriac. — La radiographie peut-elle nous révéler la surcharge graisseuse du cœur, si difficile à diagnostiquer par les modes habituels d'exploration du thorax? Il y aurait là une conquête d'autant plus importante qu'il s'agit d'une affection généralement latente, et très dangereuse pour l'assurance.

M. Béclère. — L'image radioscopique ou radiographique donne l'ombre du cœur; elle permet d'apprécier dans une certaine mesure sa forme, ses dimensions; mais on ne peut, jusqu'ici, lui demander aucun autre renseignement. Dans la péricardite, le cœur ne se distingue pas du liquide qui l'entoure. Lorsqu'il y a de la surcharge graisseuse du cœur, il est impossible de distinguer de la graisse l'élément musculaire.

M. Mauriac. — Je comprends que la dégénérescence du myocarde échappe complètement. Mais n'y a-t-il aucun moyen de reconnaître les amas de graisse disposés quelquefois un peu irrégulièrement à la surface du cœur? Ne peut-il pas en résulter une ombre particulière?

M. Béclère. — Jusqu'à présent, ces détails nous échappent complètement : l'ombre projetée sur l'écran ne montre que l'augmentation de volume du cœur, celle-ci peut prédominer à droite ou à gauche, mais c'est là que s'arrêtent nos renseignements.

M. le Dr Pouliot (de Poitiers). — La péricardite peut-elle être diagnostiquée par la radioscopie?

M. Béclère. — On ne pourrait la reconnaître sans l'intervention des autres moyens d'exploration. J'estime, d'ailleurs, que l'examen radioscopique ne saurait suffire s'il est pratiqué isolément; il doit s'appuyer sur une observation clinique aussi complète que possible.

M. Petersen. — Je vois de grandes difficultés pratiques à la réalisation du vœu de M. Béclère. Ces progrès ne sont pas pour nous, mais pour nos enfants.

M. Béclère. — En effet, il faudra encore du temps pour répandre la radioscopie. Mais on a déjà réalisé de grands perfectionnements en construisant des appareils portatifs, très légers, dont je puis présenter quelques modèles à ceux de nos collègues qui désireraient les voir.

M. Siredey. — M. Béclère ne veut pas soumettre à l'examen radioscopique tous les candidats à l'assurance. Il le préconise avec raison pour les sujets douteux, et pour les assurances à capital très élevé, qui font courir de gros risques aux Compagnies.

Dans les cas de ce genre, en présence de l'intérêt considérable qu'il y a pour elle à être fixée avec toute la précision possible, la Compagnie n'hésitera pas à faire déplacer un client pour l'envoyer à un spécialiste.

Dès maintenant déjà, les Compagnies françaises appellent volontiers en consultation un médecin qui n'est pas leur médecin habituel. Pourquoi ne s'adresserait-on pas, dans certains cas, à un médecin expérimenté dans l'emploi de la radioscopie, tout au moins sur la demande du médecin-expert ?

Il est évident que l'on ne doit pas apporter moins de soin dans les petites assurances que dans les grandes, mais on comprend que celles-ci exigent quelquefois des garanties supplémentaires, ne fût-ce qu'en vue des réassurances.

M. le Président. — Je vais mettre aux voix les conclusions de M. Béclère.

Les deux premières conclusions sont adoptées.

M. P. Bourcy (de Paris). — Je demande que l'on ajoute à la troisième conclusion de M. Béclère un vœu invitant les Compagnies à installer un cabinet radioscopique ou à faire appel à un spécialiste.

M. Mahillon. — Il ne me paraît pas nécessaire de donner aux Compagnies des conseils au sujet d'une installation matérielle, dont elles doivent seules apprécier l'opportunité.

M. Béclère. — Je n'ai envisagé absolument que le côté médical de la question, sans entrer dans les détails de l'application. Quand les Compagnies d'assurances seront bien pénétrées de l'utilité de ces mesures, elles prendront les dispositions nécessaires pour les réaliser, et ces dispositions varieront, naturellement, selon les circonstances.

M. Bourcy. — Je n'insiste pas pour intervenir à ce propos auprès des Compagnies d'assurances.

M. le Président. — Je mets aux voix la troisième conclusion de M. Béclère.

Elle est adoptée intégralement comme les précédentes.

M. le Président. — L'ordre du jour appelle la discussion du rapporl de M. Weill-Mantou.

XIII

Rapport de M. le docteur J. WEILL-MANTOU,

de Paris,

Médecin de la Compagnie « le Phénix ».

SUR L'INTERVENTION DES SPÉCIALISTES ET DES EXAMENS SPÉCIAUX DANS L'ASSURANCE SUR LA VIE

M. Weill-Mantou. — L'intervention des spécialistes dans l'assurance sur la vie peut se comprendre de trois façons :

A. Examen systématique de tous les organes par une série de spécialistes. C'est impraticable, car il n'y a pas partout des spécialistes; en outre, ces examens grèveraient lourdement le budget des Compagnies et ne seraient pas acceptés par les candidats.

B. Examen, par un spécialiste, d'un organe chaque fois qu'un antécédent morbide s'est manifesté de ce côté. Souvent inutile, toujours dispendieuse, cette intervention n'est même pas réalisable partout.

C. Le spécialiste intervient seulement quand le médecin examinateur ou le médecin vérificateur le demandent. Cette solution est seule acceptable.

J'ai proposé les conclusions suivantes :

1° *Il ne faut pas songer à faire pratiquer, systématiquement, par une série de spécialistes, l'examen de tous les organes de chaque proposant.*

2° *Il n'y a pas lieu de faire systématiquement procéder par un spécialiste à l'examen d'un organe, toutes les fois qu'un antécédent morbide s'est manifesté du côté de cet organe.*

3° *L'intervention des spécialistes dans les expertises d'assurances sur la vie ne trouvera sa justification que lorsque des symptômes spéciaux attireront l'attention sur un organe déterminé, et que cette intervention sera réclamée par le médecin examinateur ou par les conseils médicaux.*

4° *Les examens gynécologiques ne font pas exception à la règle commune.*

L'examen génital est indispensable lorsqu'il y a lieu de soupçonner une affection de l'utérus ou de ses annexes.

Ces conclusions ne visent que l'assurance classique.

L'assurance des risques tarés, faisant une plus large place au pronostic individuel, est appelée par son essence même à augmenter l'importance du rôle de la spécialisation.

M. le Dr Cauzard (de Paris). — Les conclusions du rapport de mon

très honorable confrère le Dr Weill-Mantou semblent des plus raisonnables.

Dans l'examen médical de chaque proposant, il n'est pas logique de désirer que chaque organe soit examiné par un spécialiste. Cette idée est d'ailleurs enterrée, nous n'insisterons pas.

Si un organe a été malade, s'il existe des antécédents morbides, je dis antécédents et non pas signes, symptômes, doit-on en ce cas demander un examen systématique par un spécialiste? Nous-même ne le croyons pas, pas plus que notre confrère le Dr Weill-Mantou. Un questionnaire bien préparé, bien étudié, pourrait avec utilité être présenté pour l'examen de chaque organe et ce questionnaire serait rempli par le médecin de la Compagnie.

Nous acceptons entièrement le 3e paragraphe des conclusions de notre confrère le Dr Weill-Mantou.

L'intervention des spécialistes dans les expertises d'assurances sur la vie ne trouvera sa justification que lorsque des symptômes spéciaux attireront l'attention sur un organe déterminé et que cette intervention sera réclamée par le médecin examinateur ou par les conseils médicaux.

N'est-ce pas d'ailleurs généraliser à tous les organes cette proposition du Dr Siredey votée au Congrès d'Amsterdam pour l'examen génital?

L'examen génital d'une malade ne doit être réclamé que lorsque divers symptômes font soupçonner une affection de l'utérus et de ses annexes.

Nous dirons donc que l'examen de tel organe est indispensable lorsqu'il y a lieu de soupçonner une affection de cet organe ou de ses annexes, et cet examen devra être pratiqué par un spécialiste, que cet organe soit un utérus qui menace un péritoine, une oreille, un nez, un sinus qui menace les méninges, l'encéphale.

Et ici, messieurs, il serait utile, je crois, de préciser en présence de quels symptômes l'examen spécial sera reconnu nécessaire.

Je ne me place qu'au point de vue de l'examen du larynx, du nez, des oreilles. Par exemple un malade est atteint d'enrouement depuis peu de jours, doit-il être considéré comme suspect ou bien admettrez-vous sans examen particulier la bénignité de l'affection?

J'ai à la mémoire un cas très instructif cité dernièrement par l'un de nos distingués confrères à la Société laryngologique de Paris.

Un homme adulte, bien portant, après une grippe, est atteint d'enrouement, de laryngite. A la laryngoscopie, on diagnostique une inflammation aiguë du larynx, le pronostic est réservé, le traitement ordinaire est institué. Un mois après, disparition presque totale de tous symptômes fonctionnels. A l'examen local on aperçoit sur une corde vocale une petite masse polypeuse qui est enlevée et confiée à un anatomo-pathologiste sérieux. L'examen histologique révèle une prolifération de nature tuberculeuse.

Aussitôt le malade est adressé à des ausculteurs de marque qui nient toute lésion tuberculeuse des poumons.

Après l'ablation de cette végétation tuberculeuse, le larynx semblait être indemne, et depuis le malade a fait de la phtisie laryngée et pulmonaire.

L'examen laryngoscopique doit être réclamé quand on peut soupçonner une lésion laryngitique, qu'elle soit de nature cancéreuse, syphilitique ou tuberculeuse De même cet examen pourra permettre aux Compagnies d'accepter des sujets, qui plus ou moins aphones, ne présenteraient d'autres lésions que des troubles moteurs dus par exemple à des affections catarrhales bénignes mais chroniques.

L'examen des fosses nasales devrait être exigé si le proposant présentait de l'absence de l'odorat, de l'obstruction nasale manifeste, des écoulements purulents des fosses nasales qui peuvent être les signes des polypes du nez. Il en serait de même en cas d'ethmoïdites suppurées, de sinusites suppurées maxillaires, sphénoïdo-frontales. Ces affections, si elles ne doivent pas toujours amener le refus de l'assurance, doivent faire exiger certaines conditions spéciales. C'est principalement pour l'examen des oreilles que le concours des spécialistes ne devrait pas être négligé de la part des Compagnies d'assurances.

Les oreilles malades suppurées ou non, après avoir été négligées complètement par les Compagnies d'assurances, sont considérées comme des tares à ce point graves, que les Compagnies refusent la plupart du temps l'assurance. Cela est fort exagéré.

Et je résumerai brièvement cette question déjà étudiée au Congrès d'Amsterdam par le Dr Bürger, exposée dans un travail publié en mars 1903 par le Dr Boulay.

Les Compagnies ne considèrent au point de vue des lésions auriculaires que la *surdité* et l'*écoulement* de pus par le conduit, mal appelé l'otorrhée. La surdité? est-ce là un symptôme précis?

Les Compagnies se contentent-elles des mots : insuffisance respiratoire, respiration difficile pour un examen médical de l'appareil pulmonaire? non, elles désirent connaître la cause de ce trouble et elles demanderont à leurs médecins si le candidat a de l'asthme, de l'emphysème, de la tuberculose.

Pourquoi ne pas demander si l'on a affaire à une lésion du conduit auditif externe, à une otite moyenne, à une otite interne; si elle est de nature dite infectieuse, ou de nature syphilitique, ou arthritique; si l'on est en présence d'un processus aigu ou chronique?

Il est des surdités qui sont temporaires, il en est dont le pronostic, est bénin, il en est dont le pronostic est grave.

L'écoulement de pus par le conduit est, semble-t-il, une tare à ce point grave qu'elle provoque le refus de la part de certaines Sociétés d'assurances!

Et cependant quelle différence existe-t-il entre le pus écoulé de l'oreille et l'expectoration d'origine broncho-pulmonaire? Aucune. — L'un est un signe, l'autre est un signe. — Pourquoi cette différence?

En effet, 1° il y a des écoulements purulents de l'oreille qui traduisent des affections de l'oreille externe, lesquels sont bénins.

2° Il y a des écoulements qui traduisent des affections aiguës de l'oreille moyenne. Ou bien ils sont passagers, temporaires — et alors bénins — ou bien ils sont compliqués de lésions des annexes, de mastoïdite, par exemple, et ils sont très graves de pronostic.

3° Il y a des écoulements qui traduisent des affections chroniques de l'oreille. Et ce sont ceux-là qui doivent intéresser les Compagnies.

Un écoulement chronique de l'oreille doit-il être considéré comme un risque de mort important? Meurt-on toujours d'écoulement d'oreilles? Quand et comment meurent les malades atteints d'écoulement d'oreilles?

Ici comme en toutes choses, il y a des cas graves, des cas bénins. Et selon ces cas examinés, vus de près par un spécialiste, le malade sera rejeté ou accepté par la Compagnie avec tarif supérieur, surprime ou non, avec conditions spéciales.

Et les Compagnies ne refuseront pas ainsi des sujets qui vivront de longues existences avec un écoulement d'oreille comme il est facile d'en rencontrer.

Ces cas d'otite suppurée relativement bénins offrent une mortalité si minime que les Compagnies d'assurances n'ont pas de raison de les refuser systématiquement.

Laissez-moi vous jeter quelques chiffres pour préciser mes dires et vous pourrez apprécier quelle part doit être faite aux écoulements d'oreilles.

D'après les statistiques de Bezold et Bürger, la mortalité est de 0,6 pour 100 sur 658 cas d'otite suppurée *aiguë*, pour le premier; de 0,25 pour 100 sur 322, pour le deuxième.

Chauvel, sur 1137 otites suppurées aiguës ou chroniques, a une mortalité de 0,62 pour 100 sur 8425; Schwartz, 0,30 pour 100 sur 8425; Barker, 2,5 pour 100.

Ces mortalités sont celles rencontrées dans des suppurations aiguës et chroniques sans distinction.

Bezold et Bürger seuls ont présenté des statistiques de suppurations chroniques. Pour le premier, 0,47 pour 100; pour le deuxième, 0,46 pour 100.

Si l'on admet que la moyenne de la mortalité dans les écoulements chroniques est de 1 pour 100, on peut dire que le nombre de décès provoqués par les écoulements d'oreilles est restreint.

Mais n'est-il pas d'autres affections des oreilles qui devraient attirer l'attention des Compagnies?

Écoulement d'oreilles ne dit pas otites et, en effet, il est des otites

suppurées chroniques qui ne se traduisent pas par ce signe : l'écoulement.

Et celles-là sont souvent les plus graves.

L'examen auriculaire seul pourra faire reconnaître, dans ces cas où l'écoulement fait défaut, où le pus est épais et concrété, où il y a des productions cholestéotomateuses, une lésion profonde de l'oreille moyenne, de l'otite avec carie des osselets, une lésion des parois osseuses de la caisse s'accompagnant de paralysie faciale, de vertiges, céphalalgie, troubles qui auraient pu être attribués à d'autres causes moins graves.

De cet exposé, il faut donc conclure que :

1° Les Compagnies s'occupent de façon plus précise de l'état du larynx, des fosses nasales, et surtout, des oreilles des proposants, et établissent des questionnaires bien étudiés que remplira le médecin ordinaire de la Compagnie.

2° Si ce premier examen fait soupçonner une lésion auriculaire actuelle et non guérie, un examen approfondi devra être réclamé par le médecin examinateur ou le conseil médical, sur l'avis du spécialiste compétent. Selon les cas l'assurance sera refusée au proposant, ou donnée moyennant surprime, ou accordée après une période d'épreuve de 2 ou 3 ans, ou accordée pour une période connue d'années.

Ici se place alors l'assurance des risques tarés qui fait une plus large place au pronostic individuel et qui réclame l'assistance du spécialiste. C'est une nouvelle question à étudier.

M. Poëls. — En comparant les conclusions votées lors du Congrès d'Amsterdam, et celles du rapport de M. Weill-Mantou je ne vois pas de différences suffisantes pour revenir sur le vote qui a été émis, il y a deux ans.

M. Weill-Mantou. — Les principes qui m'ont guidé sont assurément les mêmes que ceux qui ont prévalu au Congrès d'Amsterdam. Mais j'ai cherché à formuler des conclusions plus précises. J'ai d'ailleurs envisagé la question d'une manière un peu différente, et mes conclusions ont l'avantage de viser l'ensemble des problèmes de pathologie spéciale qui peuvent se poser devant le médecin d'assurances.

M. Poëls — Si la question de fond demeure entière, je n'ai pas d'objection sérieuse à formuler contre les conclusions présentées par notre collègue.

M. Mahillon. — Contrairement à l'opinion émise par l'honorable rapporteur, je demande que l'examen gynécologique soit pratiqué systématiquement, pour toutes les femmes qui se présentent à l'assurance sur la vie, ainsi que je l'avais déjà proposé au Congrès d'Amsterdam.

Les statistiques ont démontré que la mortalité est notablement

plus élevée, chez les femmes qui contractent une assurance sur la vie que chez les femmes du même âge qui ne s'assurent pas.

Cette différence est due à ce fait que dans quelques cas l'assurance de la femme est une véritable spéculation. Le plus souvent, la femme ne représente pas un capital, elle n'a pas le même besoin que l'homme de s'assurer sur la vie. Lorsqu'elle le fait c'est à l'instigation d'un tiers et celui-ci exploite, quelquefois malhonnêtement, une circonstance pathologique qui lui est connue. Rien n'est plus facile à cacher que les affections génitales, c'est de ce côté surtout que se manifeste la fraude.

Pour éviter toute surprise il faut donc exiger un examen aussi complet que possible, et l'exploration de l'appareil génital s'impose.

Je pourrais citer un grand nombre d'observations à l'appui de cette manière de voir.

Weill-Mantou lui-même a raconté deux histoires très suggestives : une femme amputée du sein pour une affection cancéreuse, une autre ayant subi l'ablation du col utérin pour un épithélioma, ont pu contracter une assurance en dissimulant leurs antécédents, au grand préjudice des Compagnies dont les médecins ont été trop confiants.

J'ai observé plusieurs faits de ce genre : une femme atteinte de fibromes s'est fait opérer et elle a succombé quelques mois après s'être assurée.

Une fille galante est morte à la suite d'un avortement, huit jours après avoir été admise à l'assurance. Une autre femme présentait quelques troubles du côté de l'utérus, elle alla consulter un médecin qui diagnostiqua un cancer utérin, il rassura la femme et dit la vérité au mari. Celui-ci s'empressa d'assurer sa femme qui mourut quelques mois plus tard.

Ces maladies ne pouvaient passer inaperçues si l'on avait procédé à un examen génital complet.

Il me paraît donc nécessaire de revenir sur les résolutions du précédent Congrès pour assurer aux Compagnies d'assurances les justes garanties qu'elles peuvent réclamer de nous.

M. Paul Guillon. — Sans prendre parti sur le point particulier de l'examen gynécologique de la femme, je voudrais, comme M. Weill-Mantou, aborder, *dans son ensemble*, la question de l'intervention des spécialistes dans l'assurance sur la vie.

Je dois dire que je m'associe, pour la plus grande partie, aux conclusions du rapporteur ; mais je me permets de ne pas le suivre absolument dans l'exposé historique de la question, si le mot n'est pas trop ambitieux.

M. Weill-Mantou repousse un premier système : « l'examen systématique de tous les organes avec le concours de tous les spécialistes ». Je crois qu'il n'aura pas grand mal à empêcher une telle opinion de prévaloir; pour ma part je me demande si une telle prétention a

jamais été émise par un médecin. J'ai beau évoquer mes souvenirs du Congrès d'Amsterdam, je ne trouve rien dans le savant rapport du regretté professeur Stokvis qui laisse supposer de pareilles intentions au moins pour *tous les cas* d'examens d'assurances de *tous les candidats*. Il n'était là question que de *risques tarés* au premier chef, puisqu'on envisageait la possibilité nouvelle de l'admission de certaines albuminuries.

En ce qui me concerne, tout en remerciant M. Weill-Mantou de l'honneur qu'il m'a fait en citant mon nom, je tiens à dire que jamais je n'ai été partisan de ce qu'il appelle « le premier système ».

Si vous voulez bien me permettre de relire ce que j'ai dit en septembre 1901 au Congrès d'Amsterdam, vous verrez que mon opinion était alors loin d'être celle qu'on me prête aujourd'hui.

« M. le Dr Stokvis, dans son très savant rapport, dit qu'il y a lieu d'établir une grande distinction, au point de vue de la valeur du risque, entre les albuminuries rénales et extra-rénales; le point délicat est peut-être d'en déceler précisément l'origine.

« Il ne saurait être question, *dans les cas douteux*, de se contenter du simple examen de l'urine par les épreuves classiques. MM. Gillet et Siredey vous ont rappelé toute une série de moyens que la science moderne met à notre disposition; il en est d'autres encore, le cathétérisme des uretères et la *cryoscopie* entre autres qui, scientifiquement, sont d'une grande précision. Mais, sans qu'il soit besoin d'insister, ils sont d'une application courante bien difficile, et encore plus difficile à faire accepter par les candidats à l'assurance. »

. . . . . .

« J'appuie donc les conclusions de M. le Dr Stokvis, et je crois que *dans les cas douteux*, pour les malades *qui en valent la peine*, on ne doit plus aujourd'hui se contenter de la recherche classique de l'albumine. Il peut ne pas être dangereux d'admettre à l'assurance sur la vie *certains* albuminuriques sans lésions rénales; mais cette détermination, malgré les moyens scientifiques modernes, peut être très difficile. *Dans ces cas*, avant de rejeter définitivement ou d'accepter le candidat, on doit le mettre à l'étude et le soumettre à des examens très complets, faits par des spécialistes, soit chimistes, soit bactériologistes, soit même spécialistes des voies urinaires. »

Je me permets de croire que M. Weill-Mantou n'a pas bien compris ma manière d'envisager la question de l'intervention des spécialistes, uniquement pour les examens nécessités par les « risques tarés ».

Voici encore ce que je disais le 3 octobre 1901, en résumant mes impressions sur le Congrès d'Amsterdam[1] :

1. Dr Paul Guillon, A propos du IIe Congrès international des médecins de Compagnies d'assurances, *Bulletin et Mémoires de la Société de médecine et de chirurgie pratiques de Paris*, n° 14, 1901.

« Il ne faudrait pas croire non plus, en sortant de ce Congrès, que toujours les examens doivent être aussi terriblement approfondis que l'ont conseillé les orateurs successifs, chaque spécialiste venant contribuer à grossir le nombre déjà formidable des épreuves imposées.

« Il faudrait vraiment aux candidats un courage surhumain pour les affronter; aucun ne sortirait indemne de toute tare, à la suite de tous les examens spéciaux successivement proposés pour apprécier l'intégrité parfaite et l'irréprochable fonctionnement de tous les organes. — Puis, le médecin serait-il toujours à même de pratiquer de tels examens? serait-il outillé en conséquence? en aurait-il le temps et les moyens?

« ..... Le Congrès international a compris la nécessité d'établir un type de formulaire complet, précis, sommaire, mettant à même tout praticien instruit d'examiner rapidement, quoique avec toutes garanties, la plupart des candidats à l'assurance. Il a admis d'autre part la possibilité, dans des cas exceptionnels, de compléter ce premier examen par une série d'épreuves spéciales permettant d'apprécier avec une précision scientifiquement rigoureuse la valeur du risque à assurer, même dans les cas les plus délicats.

« ..... Un autre enseignement à tirer des séances d'Amsterdam, et d'ordre purement médical, celui-ci, c'est que la science de l'expertise médicale en matière d'assurances sur la vie peut faire d'immenses progrès grâce aux infinis moyens d'investigation moderne : observation clinique, procédés chimiques, études microscopiques, recherches physiologiques ou biologiques du laboratoire, toutes les ressources, en un mot, de toutes les nombreuses branches de la spécialisation actuelle; on arrivera peut-être à apprécier presque d'une manière exacte la valeur souvent excellente, au point de vue risque, de candidats qui jusqu'à présent étaient fréquemment rejetés, parce qu'on n'avait pu les examiner d'une façon suffisamment complète. Avec l'extension continue des connaissances nouvelles, ici encore l'utilité des spécialistes se démontre; *dans les cas douteux présentant une importance exceptionnelle*, leur concours sera des plus précieux.

« ..... Mais, je le répète, il ne faudrait pas croire que ce doive être une formule obligatoire *pour tous les examens* des candidats à l'assurance; ce n'est que *dans certains cas* peu courants que de telles précautions peuvent être utiles et justifiées. »

Ceux de mes confrères qui ont bien voulu lire le rapport qui sera soumis demain à la discussion ont pu voir que mon opinion d'aujourd'hui est exactement la même que celle que j'exprimais il y a deux ans.

Je suis donc très facilement disposé à adopter la 3e conclusion du rapporteur qui exprime absolument mon sentiment et qui, je n'en doute pas, ralliera facilement tous les suffrages. Je me demande seulement s'il était bien utile de formuler les deux premières conclusions

qui détruisent des systèmes indéfendables et qui combattent des opinions qui, je le crois, n'ont jamais été émises sérieusement.

Du reste, dans une note qui termine son travail, M. Weill-Mantou nous dit qu'il n'a eu en vue dans son étude d'ensemble que l'*assurance classique*; quant à moi j'ai surtout vu dans les congrès d'assurances traiter les questions de « risques tarés ». C'est à la solution de ces difficiles problèmes, très nouveaux dans certains pays, que je me suis efforcé d'apporter ma faible contribution.

Ne nous plaçant pas au même point de vue pour embrasser la question d'ensemble, il était assez naturel que M. Weill-Mantou et moi nous paraissions être en désaccord.

Sauf ces restrictions, je me rallie absolument aux conclusions de M. Weill-Mantou, qui expriment trop bien les opinions généralement acceptées, et mes idées personnelles, pour que je puisse leur faire des objections.

M. Siredey. — Il me semble qu'il est préférable de voter intégralement les conclusions sages et logiques du rapport de M. Weill-Mantou.

Les deux premières ne soulèvent aucune objection, la troisième seule est discutée. Elle est cependant assez large et suffisamment élastique pour donner satisfaction à tous. Il suffirait du désir exprimé par le médecin-expert ou par le conseil médical de la Compagnie pour que l'intervention d'un spécialiste fût demandée.

Quelles garanties plus grandes peut-on réclamer quand il s'agit de risques ordinaires? Bien entendu, en présence de risques tarés, comme l'a dit le rapporteur lui-même, le rôle du spécialiste deviendrait plus important.

J'ai déjà combattu au Congrès d'Amsterdam l'examen génital systématique des femmes, que proposait notre collègue M. Mahillon, et je n'ai pas changé d'avis depuis cette époque.

L'examen réclamé par M. Mahillon serait-il imposé même aux jeunes filles vierges? — il s'en présente quelquefois pour l'assurance. Il y aurait là quelque chose de choquant, et cependant nous savons tous que les jeunes filles les plus pures ont pu contracter accidentellement une infection gonococcique.

Je ne crois pas davantage qu'il soit nécessaire, dans tous les cas, chez une femme mariée.

Il suffit que les formulaires renferment des questions très précises relativement aux antécédents des postulantes : accouchements, traitements, opérations, etc., et aux divers troubles génitaux qu'elles peuvent présenter lorsqu'elles demandent à s'assurer : hémorragies, leucorrhée, douleurs, etc.

Si la femme accuse quelqu'un de ces troubles, si elle a été en traitement pour une affection génitale quelconque, si elle a subi une opération, le médecin-expert doit l'examiner très minutieusement.

Il en sera de même chaque fois que des troubles de la santé générale, tels que pâleur, amaigrissement, nervosisme, etc., lui donneront quelque soupçon sur l'intégrité des organes génitaux.

En somme, le médecin sera juge de l'opportunité de l'examen, et il le pratiquera chaque fois qu'il le jugera nécessaire.

Si la femme ne révèle pas les accidents qu'elle éprouve, les opérations ou traitements qu'elle aura subis, il y a de sa part *fausse déclaration*, qui peut entraîner la nullité du contrat.

Il suffirait d'une enquête administrative un peu minutieuse pour démontrer que telle personne qui s'est présentée comme saine et qui succombe quelques mois plus tard était, en réalité, malade au moment où elle s'est assurée. On prouverait facilement qu'elle avait suivi un traitement ou subi une opération.

N'est-on pas exposé d'ailleurs à des erreurs de ce genre dans une foule d'autres circonstances ? N'y a-t-il pas, chez l'homme, des cancers latents du rectum ou de la prostate ? Certaines affections graves des centres nerveux ne peuvent-elles pas être en rapport avec des altérations du fond de l'œil qui échappent à un examen ordinaire ? En conclura-t-on que l'on doit exiger l'examen ophtalmologique de tous les candidats à l'assurance et imposer systématiquement le toucher rectal ?

Déjà un certain nombre de femmes protestent quand on les oblige à se déshabiller pour se soumettre à l'auscultation de la poitrine, à la palpation de l'abdomen. Je suis convaincu que l'exploration systématique des organes génitaux éloignerait beaucoup de femmes de l'assurance. Je ne crois pas d'ailleurs que ces examens soient toujours inoffensifs, s'ils ne sont pas pratiqués aseptiquement et avec toutes les précautions désirables.

Je vous demande donc de voter intégralement les conclusions de M. Weill-Mantou, qui permettent au médecin de recourir à l'intervention d'un spécialiste ou de pratiquer lui-même l'examen génital *chaque fois qu'il le jugera nécessaire.*

M. Weill-Mantou. — Parmi les arguments invoqués par M. Mahillon pour soupçonner la fraude chez les femmes qui se présentent à l'assurance, il en est un dont la valeur est loin d'être constante. Il considère que la femme ne représente pas un capital dans la famille, et n'a pas d'intérêt à s'assurer. Or un assez grand nombre de femmes contribuent par leur profession au bien-être de la famille, et ce sont celles-là surtout qui s'assurent. D'autres possèdent une fortune personnelle qu'elles veulent aliéner dans certaines conditions. D'autres encore veulent décharger leurs héritiers de droits de succession sur des immeubles. Toutes ces circonstances et bien d'autres légitiment l'assurance de la femme et excluent l'idée de fraude.

M. Mahillon. — Je m'en tiens à ce fait démontré par les statistiques : la mortalité plus élevée des femmes admises à l'assurance.

Certaines Compagnies américaines en ont été assez impressionnées pour refuser systématiquement les femmes.

M. Norton (*Mutual life*). — Il est vrai que quelques Compagnies américaines, pendant un certain temps, n'acceptaient pas les femmes pour l'assurance sur la vie. Puis elles ont été admises avec surprime, et maintenant elles sont acceptées aux conditions ordinaires.

M. Mahillon. — On fait quelquefois payer aux femmes une surprime pendant toute la période active de la vie génitale.

M. Weill-Mantou. — Pour légitimer les propositions de M. Mahillon, il resterait encore à démontrer que la mortalité plus élevée que l'on observe chez les femmes, dans les premières années de l'assurance, est bien due en majorité à des affections de l'appareil génital.

M. le Dr Pouliot (Poitiers). — Je crois que la sélection des médecins d'assurances est suffisante et que les notions d'antisepsie sont assez répandues pour qu'on puisse étendre, dans la plus large mesure, et sans inconvénient, les examens génitaux, mais je ne les considère pas comme absolument obligatoires.

M. Mahillon. — Le seul fait de la mortalité plus élevée des femmes suffit pour nécessiter l'examen génital dans tous les cas.

M. Siredey. — Chez toutes les femmes, je pratique avec soin la palpation de l'abdomen. Ceci peut renseigner sur l'existence de fibromes sous-péritonéaux, de kystes ovariques, affections peu douloureuses, parfois latentes, et qui peuvent être ignorées des femmes elles-mêmes. De plus, la palpation provoque quelquefois sur les parties latérales du bassin une douleur suffisante pour faire soupçonner une altération des annexes. On peut de la sorte contrôler en très grande partie les renseignements fournis par les proposantes.

M. Mahillon. — Le palper ne suffit pas pour diagnostiquer les salpingites, périmétrites, etc.

M. Siredey. — Il peut mettre sur la voie de ces affections et, dans ce cas, il conduit à pratiquer le toucher.

M. Weill-Mantou. — Je tiens à répondre quelques mots à M. Guillon. Je n'ai pas reproduit en entier les réflexions de M. Guillon au congrès d'Amsterdam, et je n'en ai cité que quelques phrases tendant à montrer l'exagération des procédés d'investigation spéciale contre laquelle il s'élève. Je ne vois dans les divergences qu'il accuse, pas autre chose qu'un simple malentendu.

M. le Président. — Personne ne demandant plus la parole, je vous prie de voter sur les conclusions de M. Weill-Mantou.

Les quatre conclusions, mises aux voix séparément, sont adoptées.

M. le Président. — L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. Tissier.

XIV

Rapport de M. le Dr L. TISSIER,

de Paris,

Accoucheur des Hôpitaux
Médecin-adjoint de la Compagnie « l'Aigle ».

DOIT-ON ASSURER LES FEMMES ENCEINTES?

M. le Président. — M. le Dr Tissier étant absent, je lis les conclusions de son rapport :

L'assurance sur la vie d'une femme en cours de grossesse doit être ajournée jusqu'après sa délivrance.

Les contrats visent des engagements prolongés : il n'y a pas d'urgence à conclure un arrangement qui peut être aussi bien signé quelques mois plus tard; la grossesse entraîne, en effet, avec elle des risques non douteux. D'autre part, il est difficile d'examiner sérieusement une femme en état de grossesse. Les rapports viscéraux se trouvent notablement modifiés; et, fonctionnellement, les troubles réflexes du côté des appareils nerveux, circulatoire, digestif, etc., d'origine purement gravidique et sans conséquence réelle, pourraient en imposer pour des maladies organiques, ou masquer des affections anciennes, en fin de compte, priver l'examen d'une grande partie de sa valeur.

Si l'on croyait devoir outrepasser ces objections, encore faudrait-il ne pas assurer une primipare qui offre trop d'inconnu et peut préparer bien des surprises.

Chez une multipare, nous devons tenir le plus grand compte des antécédents obstétricaux, et nous abstenir en cas de doute.

Il va de soi que s'il existait quelque soupçon sur l'intégrité viscérale à laquelle on n'attacherait que peu d'importance chez une femme ordinaire, l'hésitation cesserait, et le refus s'imposerait impérieusement chez la femme enceinte.

M. Weill-Mantou. — Avec une compétence indiscutable, M. Tissier se pose la question suivante : *Doit-on assurer les femmes enceintes?*

Pour la résoudre il nous prouve que 0,2 *pour* 100 *des femmes enceintes* succombent.

Et il conclut : *Ajournons* les femmes enceintes.

La solution est simple; mais elle a ses *inconvénients*, comme nous le verrons.

N'est-il pas plus logique, puisque M. Tissier nous apprend qu'il y a un surrisque de 0,2 pour 100 chez les femmes enceintes, *de couvrir*

ce surrisque par une surprime, par la légère majoration de tarif qui lui correspond?

Ainsi agissent certaines Compagnies qui surpriment les femmes pendant leur vie génitale.

Cette conduite est d'autant plus sage qu'en éliminant les femmes enceintes au moment de l'examen, les Compagnies n'écartent nullement le risque de grossesse, puisque, éliminant les femmes aujourd'hui enceintes, elles acceptent bénévolement les femmes qui seront enceintes demain.

M. Tissier nous dit: *Ajournons, car il n'y a pas d'urgence à conclure un arrangement qui peut être aussi bien signé quelques mois plus tard.*

Ceci est vrai en théorie, mais *en pratique*, certaines femmes *ont besoin de l'assurance immédiate*; plus tard elles pourront *renoncer à leur* idée première ou bien encore elles *trouveront d'autres Compagnies plus hospitalières* qui avec ou sans majoration de tarif les accepteront immédiatement.

En outre, les assurances féminines se proposent *souvent en partie double*, et le mari, qui fait partie liée avec sa femme, s'ajourne aussi volontairement ou s'assure ailleurs.

De plus, la Compagnie acquiert une *réputation de sévérité* qui peut encore écarter d'autres demandes, si bien, qu'en fin de compte le dommage à *elle causé par l'ajournement des femmes enceintes finit par être considérable.*

Nous sommes donc amenés à rechercher non plus la solution à la question, *doit-on?* mais *comment peut-on?* ou *comment doit-on* assurer les femmes enceintes?

La surprime est déjà un élément qui va nous servir à couvrir les surrisques de la grossesse, mais avec ou sans surprime il y a encore des écueils à éviter.

Le principal consiste en ce fait qu'en ouvrant toutes grandes aux femmes enceintes les portes de l'assurance, les *Compagnies vont être amenées à faire non plus des assurances-vie, mais des assurances-grossesse.* Certaines femmes *ont peur* de leur première grossesse.

Certains *maris sont capables de spéculer* sur les éventualités fâcheuses qui peuvent se produire.

Ils *demandent* l'assurance: ils *paieront* momentanément les primes et *abandonneront* leurs contrats aussitôt la délivrance faite.

Si l'on songe *aux frais* qu'entraîne chaque affaire, les Compagnies *certainement seront en perte.*

Permettez-moi de vous dire comment, pour obvier à ce danger de spéculation, nous opérons.

Nous ajournons les primipares.

Nous acceptons les multipares quand les *premières grossesses ou* les *accouchements* n'ont été traversés par aucun incident grave, fausse-couche ou autre;

Quand la position sociale de la proposante semble nous garantir des soins éclairés et une hygiène suffisante pendant l'accouchement et les suites de couches.

Quand le mari s'assure en même temps.

Quand la grossesse n'est pas trop avancée.

Je reconnais qu'*au point de vue médical pur cette dernière proposition est une hérésie.* Elle n'a été adoptée que pour s'opposer à la spéculation.

On *pourra n'en pas tenir compte* quand les renseignements obtenus par la Compagnie lui permettront d'écarter l'hypothèse de spéculation.

Enfin chez les femmes enceintes la compagnie n'accepte pas de fractionnement des primes

M. le Dr Poëls. — Si j'ai demandé la parole au sujet de l'intéressant et très remarquable rapport de M. le Dr Tissier, c'est d'abord pour lui demander son avis sur l'époque à laquelle une femme après son accouchement, peut être assurée? Cette époque doit-elle être fixée à la fin du premier, du second ou du troisième mois après la délivrance.

Je tiens à dire à M. Tissier que ses conclusions sont très judicieuses et que je les approuve pleinement. Mais il me semble que dans un avenir plus ou moins éloigné, peut-être, des conclusions plus larges encore pourraient être présentées.

En effet, dans son rapport, M. le Dr Tissier nous apprend qu'à Paris la mortalité des accouchées n'est que 1/2 pour 100.

Ce taux a une grande importance, car il pourrait servir de base à un calcul de surprime, et d'après l'avis d'actuaires cette surprime ne serait pas onéreuse. Ce fait mérite toute notre attention car il nous laisse entrevoir la possibilité d'étendre l'assurance même aux femmes enceintes, ce qui est conforme au but humanitaire de nos congrès.

Et ne perdons pas de vue, Messieurs, que dans les pays où l'assurance sert de garantie pour des prêts hypothécaires, cette extension de l'assurance pourrait avoir des conséquences très heureuses.

Cherchons donc à établir au moyen d'une statistique irréprochable quel est le taux de mortalité des primipares et des multipares dans les différents pays, de manière que les actuaires puissent calculer les primes en conséquence.

Il y a là matière à des recherches dont on pourrait charger l'Association internationale des médecins-experts. Je vous propose donc, Messieurs, d'adopter les conclusions du rapport de M. le Dr Tissier, et de prier l'Association des médecins-experts de recueillir une statistique, dans les différents pays sur la mortalité des femmes enceintes et des accouchées, de manière à établir :

1° Le taux de mortalité des primipares;

2° Le taux de mortalité des multipares.

M. Sven Palme. — Si je me permets de dire quelques mots sur ce

sujet, quoique je ne sois pas médecin, c'est parce que je crois qu'il serait intéressant pour vous de connaître la manière bien différente dont les médecins suédois envisagent cette question, et parce que je sais que les médecins de la Suède ne pourront pas accepter les conclusions de M. le Dr Tissier.

Les compagnies suédoises, au moins la plupart d'entre elles, acceptent des femmes en cours de grossesse. On fait attention, cela va sans dire, aux antécédents obstétricaux et à l'état de la santé générale. Mais on accepte, sans hésitation, des femmes enceintes, s'il n'existe pas d'objection à d'autres points de vue.

C'est une toute autre chose pour ce qui concerne les primipares. Quelques compagnies les refusent absolument ou, plutôt, l'assurance est ajournée jusqu'après la délivrance. D'autres compagnies acceptent des cas de ce genre sans délai.

Quelques compagnies, entre autres la « Thule », ont introduit dans les conditions générales de leurs polices d'assurances, un paragraphe d'exception. Voici comme exemple la formule adoptée par la « Thule » :

§ 13. *Si une femme est enceinte pour la première fois, quand elle signe sa police d'assurance sur la vie, la compagnie est libre de tout paiement dans le cas où elle meurt par cause provenant de la grossesse, ou de l'accouchement, ou de ses suites.*

Je dois ajouter, que jamais, d'après mon expérience, la Compagnie n'a été obligée de s'appuyer sur ce paragraphe pour refuser le paiement.

Une des premières questions qui ont été étudiées par le comité suédois de l'Association internationale des médecins, fut la question des femmes enceintes. Le résultat des discussions fut l'envoi d'une lettre circulaire à toutes les compagnies d'assurances sur la vie de la Suède, où l'on publia la résolution suivante :

« Les membres effectifs suédois de l'Association internationale des médecins-experts des compagnies d'assurances, assemblés le 30 mars 1903 pour discuter l'admissibilité des femmes enceintes, ont adopté à l'unanimité la conclusion, que les femmes enceintes, jouissant d'une bonne santé, doivent être acceptées pour l'assurance à primes normales, même si elles sont primipares, avec pleine liberté pour les différentes compagnies de faire les restrictions exigées par chaque cas spécial. »

Ce qui a déterminé nos médecins à prendre une résolution aussi libérale, est sans doute la statistique, exceptionnellement favorable des accouchements dans notre pays.

Sur 135 000 accouchements en moyenne par an, nous n'avons à noter que 177 décès, soit 13 pour 1000.

Je n'ai pas à présent beaucoup de chiffres pour pouvoir faire une comparaison. Je veux seulement faire remarquer que dans les villes

de France, d'après les renseignements qui m'ont été donnés au bureau central de statistique de la Suède, les décès provenant des accouchements sont 3 ou 4 fois plus fréquents qu'en Suède, savoir sur une moyenne de cinq ans 46 pour 1000.

Et je veux ajouter qu'il faut tenir compte de la situation spéciale de la Suède en raison des longues distances qu'il faut parcourir pour trouver le médecin ou même la sage-femme. Nous avons au nord de la Suède des districts de médecins, qui ont une surface d'à peu près 20000 kilomètres carrés, c'est-à-dire le double de la plupart des départements de la France. Et le médecin a quelquefois à faire un voyage pouvant aller jusqu'à 100 kilomètres pour arriver auprès de la malade.

Aussi une autre pensée a contribué à la décision de nos médecins relativement aux primipares. On se dit : « Nous sommes forcés d'accepter à l'assurance une jeune fille, pour laquelle on nous donne un bon rapport médical. Mais cette jeune fille se marie dans quelques semaines, et elle sera peut-être mère avant la fin de l'année. »

Les mêmes raisons qui devaient nous prescrire de ne pas accepter la femme enceinte primipare, nous empêcheraient d'accepter la jeune fille.

Ce raisonnement, et surtout la statistique favorable de notre pays, sont les causes pour lesquelles les médecins suédois ne pourront pas accepter les conclusions de M. le Dr Tissier.

M. W. Salomonsen (de Copenhague). — Je suis très heureux d'avoir entendu M. Sven Palme et je me rallie à ses conclusions.

Je considère comme un devoir de faire connaître mon opinion contraire à celle de l'honorable rapporteur, et je vous dirai pourquoi. D'abord, je pars de cette considération, que c'est la destination de toute femme de devenir mère, et, par conséquent, il me paraît que, si en principe, on refuse d'assurer toute femme enceinte pour la première fois, la logique demandera de refuser tout enfant féminin et toutes les jeunes filles. En vérité, telle jeune fille de 15 ans, par exemple, peut dans un an ou deux se marier, devenir enceinte, et, comme l'assurance sur la vie ne vise pas un an ou deux, mais une longue série d'années, il est illogique d'agir d'une manière différente dans ces deux cas. Mais, laissons de côté cette réflexion, et supposons qu'une jeune fille va se marier demain, et qu'elle et son futur époux désirent aujourd'hui même s'assurer l'un et l'autre. Y a-t-il alors une raison de refuser l'assurance à cette jeune fille, et pourtant dans quelques semaines elle peut être enceinte. Enfin, je regarde la gravidité et la parturition comme des états presque physiologiques pour la femme, et la mortalité des femmes en couches sous le régime de la méthode antiseptique, que l'on emploie presque universellement dans toute sa rigueur, est si minime, qu'on peut d'après mon opinion, considérer la mort d'une accouchée comme un accident aigu, peu

probable, qui en réalité ne se distingue pas comme risque des autres maladies aiguës, telles que la pneumonie, qui peuvent emporter tel autre individu, nouvellement assuré.

Pour toutes ces considérations j'ai été amené à ne pas plus refuser jusqu'ici les femmes enceintes saines, quand elles se présentent dans le commencement de leur première grossesse, que si elles ont fait antérieurement des couches normales.

Au contraire, si elles se présentent à l'assurance vers la fin de la gravidité, au 7e mois ou au delà, de sorte que je soupçonne qu'il y a de la spéculation, et quand les couches antérieures ont été difficiles ou accompagnées d'accidents morbides, je les refuse naturellement. Mais en principe j'ose maintenir l'opinion, que c'est injuste et un peu inhumain de refuser les bienfaits de l'assurance à toute femme qui est enceinte pour la première fois.

M. le Dr Beltz (de Paris). — Je partage, à quelques restrictions près, l'opinion favorable que viennent d'émettre nos collègues, mais j'estime qu'il est indispensable d'examiner le bassin d'une femme enceinte, au moins dans sa configuration extérieure, pour s'assurer qu'il n'existe pas d'obstacle à l'accouchement.

M. Siredey. — M. Tissier s'est étendu assez longuement sur la dystocie dans ses rapports avec les déformations du bassin. Se basant sur la rareté des rétrécissements accentués du bassin et sur le danger relativement peu prononcé qu'ils comportent pour la femme, grâce aux progrès de l'obstétrique, il pense qu'il n'y a pas lieu de s'en préoccuper d'une manière excessive.

M. le Dr Beltz. — Je ne suis pas de cet avis : le principal danger des accouchements résulte pour moi des viciations pelviennes qui amènent une lenteur exceptionnelle du travail, et nécessitent de graves interventions, toutes circonstances qui peuvent compromettre la vie de la femme.

M. le Pr Wallis (de Stockholm). — Je pense avec M. Sven Palme que les risques de grossesse n'ont rien d'inquiétant pour les Compagnies d'assurances.

En Suède, particulièrement, les statistiques obstétricales sont extrêmement satisfaisantes : la mortalité des femmes en couche est très faible, et ne saurait entrer en ligne de compte lorsqu'il s'agit d'assurance sur la vie.

Cela tient, dans notre pays, à l'excellente éducation des sages-femmes. Elles reçoivent dans nos écoles une instruction professionnelle solide, et elles sont familiarisées de bonne heure avec la pratique de l'antisepsie la plus rigoureuse.

Je pense, d'ailleurs, qu'il doit en être de même à l'heure actuelle, dans la plupart des pays d'Europe.

La grossesse, pas plus que la syphilis et la goutte, ne saurait être

considérée, à notre époque, comme un motif d'élimination ou même d'ajournement. Par conséquent je n'accepte pas les conclusions de M. Tissier.

M. le Dr Florschütz (de Gotha). — Il me semble que nous discutons en ce moment une question de statistique, et non une question scientifique, médicale.

Je me rallie, du reste, à l'opinion de M. Salomonsen. Je ne comprends pas pourquoi l'on refuserait une femme mariée aujourd'hui, qu'on était encore disposé à accepter hier étant jeune fille.

Nous acceptons à Gotha toutes les femmes remplissant nos conditions, même lorsqu'elles sont enceintes, sauf quand leur grossesse est déjà trop avancée pour permettre un examen.

On ferait donc bien de rejeter les propositions du rapporteur.

M. Poëls. — Il me semble que nous sommes à peu près tous d'accord pour trouver trop sévères les conclusions de M. Tissier.

Je propose au Congrès de remplacer les résolutions du rapporteur par la conclusion suivante :

Le IIIe Congrès des médecins de Compagnies d'assurances, considérant qu'il n'y a pas de raisons suffisantes pour refuser les femmes enceintes, normalement constituées, est d'avis que les Compagnies d'assurances peuvent accepter ces femmes, tout en prenant telles précautions qu'elles jugeront nécessaires pour éviter les tentatives de spéculation.

M. le Président. — La proposition de M. Poëls me paraît à la fois très libérale et très prudente. Mais il est nécessaire d'appeler l'attention sur le danger que présente l'albuminurie chez les femmes enceintes.

M. Poëls. — Il est évident que l'albuminurie, comme tout autre symptôme de lésions viscérales chez une femme enceinte, entraînerait le rejet de l'assurance.

M. Weill-Mantou. — Je me rallie à la proposition de M. Poëls qui me semble parfaitement acceptable.

M. Mahillon. — Je propose d'ajouter à la conclusion de M. Poëls un simple membre de phrase indiquant que nous ne voyons, *au point de vue médical*, aucun inconvénient à assurer les femmes enceintes.

Les Compagnies pourront faire toutes les recherches qu'elles jugeront utiles, multiplier leurs enquêtes et moyens de contrôle, pour se mettre à l'abri de l'inconvénient que vient de nous signaler très judicieusement M. Weill-Mantou.

M. le Président. — Je mets aux voix la conclusion de M. Poëls avec l'addition que demande M. Mahillon, et l'allusion que j'ai faite aux lésions rénales.

Voici la rédaction définitive que je vous soumets :

Le IIIe Congrès des médecins de Compagnies d'assurances considé-

rant qu'il n'y a pas, au point de vue médical, de raisons sérieuses pour refuser les femmes enceintes normalement constituées, et exemptes de complications, est d'avis que les Compagnies d'assurances peuvent les accepter, tout en prenant les précautions qu'elles jugeront nécessaires pour éviter les tentatives de spéculation.

Cette proposition, mise aux voix, est adoptée.

JEUDI 28 MAI

Séance du matin.

Présidence de M. le Professeur BROUARDEL.

M. le Président. — Je reçois un télégramme de notre collègue M. le Dr Gouël (de Paris), médecin de la Compagnie d'Assurances « le Soleil », qui, victime d'un accident de voiture, dimanche dernier, vient seulement de rentrer à Paris, et s'excuse de ne pouvoir assister aux séances du Congrès.

Je crois répondre à vos sentiments en assurant notre collègue de toute notre sympathie, et en lui adressant nos vœux pour son prompt rétablissement.

M. le Dr F. Simon, de Buenos-Ayres, qui venait tout exprès pour représenter au Congrès la Compagnie d'Assurances « Franco-Argentina », a été retenu en mer bien au delà de la durée habituelle de la traversée, par un accident survenu au bateau qui l'amenait. Il est arrivé seulement hier soir à Paris, et vient assister ce matin à notre séance. Je souhaite en votre nom la bienvenue à notre nouveau collègue. (*Applaudissements.*)

L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. Van der Heide.

XV

Rapport de M. le Dr C. C. Van der HEIDE,

d'Arnhem,

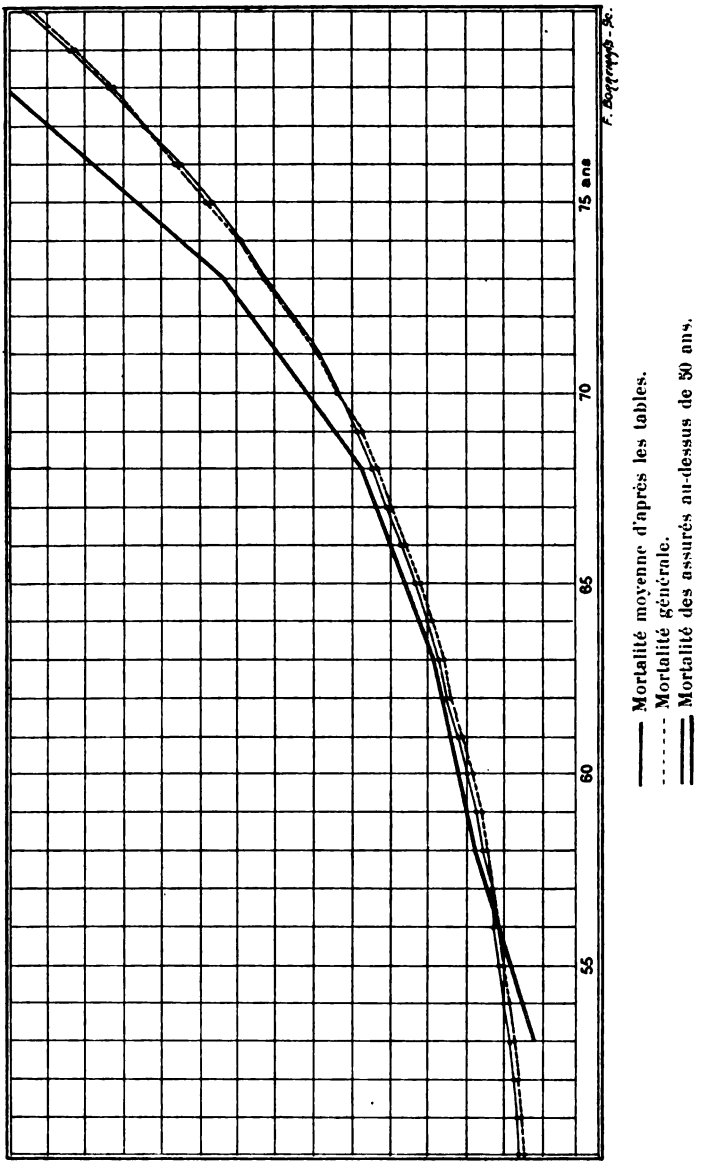
Médecin-Expert de la Compagnie d'assurances *Arnhem*,

SUR L'ADMISSION DES CANDIDATS AU-DESSUS DE 50 ANS.

M. le Dr Van der Heide. — Il existe chez quelques Compagnies d'assurances une certaine hésitation à assurer des personnes au-dessus d'un âge moyen.

L'expérience a montré en effet, que ce sont presque exclusivement des personnes âgées, jouissant d'une santé excellente en apparence, qui meurent subitement, ou chez lesquelles on découvre, inopinément et par hasard, une maladie incurable.

Aussi la mortalité est-elle plus élevée parmi les personnes assurées après 50 ans, ainsi qu'en témoigne le tableau ci-joint.



Différentes circonstances sont de nature à fausser l'appréciation du pronostic chez les personnes âgées :

1° La difficulté ou l'impossibilité d établir, au point de vue objectif. les symptômes initiaux des diverses maladies graves ;

2° La difficulté de préciser la force de résistance du candidat;

3° L'incertitude dans laquelle on est au sujet de l'influence que les maladies héréditaires peuvent avoir sur des personnes qui paraissent saines.

Je soumets au Congrès les conclusions suivantes :

1° *On ne peut pas admettre que les matériaux mis à notre disposition soient assez complets pour nous permettre de porter un jugement définitif. Nos recherches concernant l'assurance sur la vie de personnes âgées de plus de 50 ans, semblent montrer que les résultats de leur assurance ne sont pas aussi favorables que pour les personnes plus jeunes, mais que, cependant, la différence n'est pas assez grande pour que l'assurance de ces personnes soit déconseillée;*

2° *Pour établir les chances de vie des personnes âgées, un examen minutieux de l'œsophage, du rectum et de l'urètre est indiqué;*

3° *Il faut des questions détaillées sur les fonctions de l'appareil de déglutition. On demandera si le candidat n'a pas de difficultés de miction, de défécation, s'il n'éprouve pas des étourdissements, des étouffements, sur lesquels il pourra nous renseigner;*

4° *La connaissance des antécédents familiaux a une valeur plus grande pour les personnes âgées;*

5° *Pour établir les chances de vie des personnes âgées, une juste connaissance de la force de résistance est de la plus haute importance;*

6° *Il est à souhaiter, au point de vue de l'assurance des personnes âgées, que les influences de famille soient étudiées de plus près pour les cas de cancer et d'apoplexie.*

M. Mauriac. — Il est certain que plus le proposant est âgé, plus on doit prendre de précautions lors de l'examen médical. Lorsqu'un individu est bien portant, réellement valide à 50 ans, il n'y a pas lieu de le refuser.

C'est aux Compagnies de se garantir, au moyen de surprimes contre les risques inhérents à l'âge.

C'est ce qui se fait d'ailleurs, le taux de la prime étant proportionnellement plus élevé chez les personnes âgées.

Si les diverses maladies prennent plus d'importance, au-dessus de 50 ans, en revanche les influences héréditaires se font moins sentir que chez les sujets jeunes.

Le cancer apparaît souvent entre 40 et 50 ans, et sa fréquence n'est pas sensiblement plus élevée au-dessus de cet âge.

En somme, je crois que la question d'âge n'a pas une importance capitale. A l'origine de tout contrat d'assurances il faut un examen médical sérieux, c'est la principale sauvegarde des Compagnies.

M. Van der Heide. — Il y a des maladies comme le cancer, l'apoplexie qui paraissent bien manifestement influencées par l'hérédité et que l'on voit survenir chez des personnes au-dessus de 50 ans.

Le cancer est particulièrement dangereux parce qu'il est latent, au début, et, par cela même, facilement méconnu.

En outre de vagues symptômes tels que de légers accès de suffoca tion, des troubles de la déglutition, peuvent nous échapper s'ils ne sont pas signalés par les candidats eux-mêmes.

Voilà les conditions qui, selon moi, diminuent la valeur des risques au-dessus de 50 ans.

Mes conclusions basées sur 2800 candidats ne sauraient évidemment être décisives, mais elles ont néanmoins une certaine importance.

M. Mauriac. — Le travail du rapporteur mérite tous nos remerciements et nos éloges; il renferme des statistiques très intéressantes, mais elles ne me paraissent pas de nature à confirmer son opinion, que je trouve un peu trop sévère à l'égard des gens âgés.

Ainsi que je l'ai déjà fait remarquer, lorsqu'ils sont bien portants, nous n'avons pas de raisons médicales pour les refuser, d'autant plus que les Compagnies leur imposent des primes plus élevées.

M. Siredey. — En dehors du cancer dont M. Van der Heide nous a montré le danger, on ne doit pas oublier que c'est l'appareil circulatoire qui est le siège des principales maladies de la vieillesse.

On a l'âge de ses artères, disait Corvisart.

Cette formule est parfaitement juste, et elle trouve chaque jour son application dans les expertises médicales relatives aux assurances sur la vie.

Chez les jeunes sujets, l'attention du médecin doit se porter spécialement sur les organes de la respiration, mais au-dessus de 40 ans, c'est l'appareil circulatoire qui doit être l'objet principal de nos préoccupations.

C'est à cet âge en effet que se manifestent le plus habituellement les dystrophies héréditaires, ou acquises sous l'influence de diverses infections ou intoxications, et qui se traduisent par la sclérose des artères. Suivant les localisations qu'elle affecte, cette sclérose devient le point de départ de myocardites, de néphrite interstitielle, d'aortite, d'artérites aboutissant à des ectasies ou à des ruptures.

Voilà ce qu'il importe de rechercher avec soin et de dépister d'une façon précoce.

Un sujet de 50 ans, au cœur sain, aux artères souples, peut être considéré comme devant avoir une survie au-dessus de la moyenne et il n'y a pas d'inconvénient à l'accepter.

M. Van der Heide. — Le cancer apparaît souvent plus tard que ne le dit M. Mauriac.

Les statistiques allemandes ont montré que 87 pour 100 des cancéreux sont âgés de plus de 50 ans.

Quant aux lésions de l'appareil circulatoire sur lesquelles M. Siredey appelle l'attention, nous ne pouvons reconnaître que celles qui

atteignent le cœur et les gros vaisseaux. Les altérations des petites artères nous échappent et ne sauraient être diagnostiquées.

M. Beltz (de Paris). — On peut se rendre compte de la pression sanguine. L'emploi du sphygmomanomètre peut rendre de réels services dans ces cas.

M. Florschütz (de Gotha). — Les statistiques de « la Gotha » nous montrent que la mortalité est moins élevée chez les personnes qui sont admises au delà de 50 ans. Cela tient surtout à ce que le choix est plus facile à faire parmi les candidats de ce genre. Nous obtenons facilement, en Allemagne, des renseignements sur leur santé. Nous connaissons leurs maladies antérieures, les complications qui ont pu en résulter, et nous avons ainsi d'excellents éléments pour apprécier la valeur de ces risques.

M. Van der Heide. — Les résultats que j'ai communiqués ne se rapportent qu'à des assurés Hollandais; en Hollande il est assez difficile d'obtenir des renseignements.

Il me semble qu'nne application isolée du sphygmomanomètre n'a pas une grande importance.

M. le Président. — Le rapport de M. Van der Heide aboutit à des vœux plutôt qu'à des conclusions fermes. La discussion qui vient d'avoir lieu montre bien que nous ne sommes nullement opposés à l'admission des candidats au-dessus de 50 ans, et nous sommes tous d'accord pour demander qu'on les choisisse avec discernement.

M. le rapporteur a justement indiqué l'attention que l'on doit apporter à l'examen de ces sujets, et les tares qui devront surtout préoccuper le médecin expert. Je mets ses conclusions aux voix.

Elles sont adoptées.

M. le Président. — L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de M. Garrigues.

XVI

Rapport de M. le Dr Albert GARRIGUES,

de Paris,

Médecin en chef de la Compagnie belge d'assurances sur la vie : *le Sauveur,*

SUR LA LITHIASE BILIAIRE DANS SES RAPPORTS AVEC LES ASSURANCES SUR LA VIE.

M. Garrigues. — La lithiase biliaire est très fréquente chez les candidats à l'assurance. On la rencontre dans 7 pour 100 des cas,

environ : elle présente une réelle gravité dans 12 pour 100 des cas observés, et elle peut entraîner la mort dans 9 pour 100.

La plupart des auteurs s'accordent aujourd'hui pour faire de l'infection l'agent pathogénique principal de la lithiase biliaire et de ses complications; d'où cette conséquence, que les calculeux doivent être considérés comme des infectés, se trouvant toujours sous la menace d'accidents plus ou moins graves.

Aussi ai-je cru devoir soumettre au Congrès les conclusions suivantes :

1° *Ne pourront être admis sans réserves que les candidats ayant eu une seule crise de coliques hépatiques avec élimination de calculs, à condition qu'il n'y ait pas eu d'ébauche de récidives depuis quatre années au moins, et que rien, dans l'état actuel, ne puisse faire soupçonner la lithiase;*

2° *Quant aux proposants chez qui le diagnostic de probabilité de lithiase pourra être porté sans leur aveu, ou qui auront eu plus d'une crise, il faudra les refuser, et, pour ces derniers, il faudra les refuser avec d'autant moins d'hésitation qu'il se sera écoulé plus de temps entre la première crise et la récidive.*

3° *Au surplus, malgré tout, les lithiasiques constituent toujours un risque taré, et il serait sage, quand on les admet à l'assurance, de ne les accueillir qu'en leur faisant payer une surprime, ou bien encore, de ne leur permettre qu'une assurance à terme restreint.*

M. Bahrdt (de Leipzig). — Permettez-moi, messieurs, de dire quelques mots à propos du rapport intéressant de M. le Dr Garrigues :

La lithiase biliaire a été assez rarement la cause de mort dans notre Compagnie d'assurances sur la vie de Leipzig. Pendant une période de douze années, sur dix mille quarante-huit cas de mort, on relève seulement dix-sept cas dus à la lithiase biliaire, *c'est-à-dire de seize à dix-sept pour dix mille.*

La mortalité par la lithiase biliaire a été de trois à quatre fois plus grande pendant les six dernières années de cette période, que pendant les six précédentes; la mortalité s'est élevée de sept à vingt-six pour dix mille.

Il n'en faut pas chercher la cause dans les opérations plus fréquentes de cholécystotomie, car sur ces dix-sept assurés, morts de lithiase biliaire, cinq seulement ont été opérés : pendant les six premières années un sur trois cas, et pendant les six dernières années quatre sur quatorze cas c'est le tiers, donc à peu près la même proportion.

Ces cinq opérations ont été faites en pleine crise, à chaud; souvent il s'agissait de vider un abcès.

La raison de l'augmentation des décès dus à la lithiase biliaire ne réside pas dans ce fait que des personnes, en ayant souffert, ont été admises plus aisément qu'auparavant; car sur les dix-sept décédés il

n'y en avait pas eu un seul, qui lors de l'admission eût déclaré des antécédents de lithiase biliaire.

Ces chiffres sont encore trop peu considérables, pour que l'on puisse en tirer une conclusion certaine, mais il est à remarquer, qu'une augmentation assez grande de décès par la lithiase biliaire a été aussi constatée par d'autres Compagnies allemandes d'assurances, par exemple par l'assurance Germania à Stettin, qui eut dans les douze dernières années (1890-1901) presque le même nombre de cas de mort. Si on le divise en deux périodes de six ans, on voit que la mortalité s'éleva dans ces deux périodes de vingt-quatre à quarante-huit pour dix mille. La même constatation a été faite pour l'appendicite, dont la mortalité montait aussi dans des proportions identiques.

J'ai coutume d'ajourner l'admission de toute personne ayant eu des coliques hépatiques, jusqu'à ce que trois années au moins se soient écoulées depuis la dernière crise et alors même elles ne sont admises que si un examen médical minutieux ne révèle ni empâtement, ni sensibilité anormale dans la région de la vésicule.

Aussi voterai-je seulement pour une admission avec forme spéciale ou pour une assurance à terme restreint, par exemple d'à peu près vingt ans.

Je n'admettrais pas plus facilement à l'assurance les personnes opérées de la lithiase biliaire, que celles non opérées, contrairement à la pratique que nous avons adoptée pour les candidats opérés d'appendicite.

M. Garrigues. — Je suis à peu près d'accord avec M. Bahrdt, sauf en ce qui concerne l'admission des lithiasiques opérés. L'ablation chirurgicale des calculs doit inspirer au moins autant de confiance que leur évacuation spontanée.

M. Mauriac. — Je ne crois pas que l'opération chirurgicale assure aux malades la guérison.

La lithiase biliaire est une maladie à récidive, et il faut s'en méfier. Que les calculs aient été éliminés spontanément ou qu'ils aient été enlevés par le chirurgien, ils peuvent se reformer dans la vésicule ou dans les voies biliaires, et donner lieu à de nouveaux accidents.

Je considère les antécédents de lithiase biliaire comme plus graves que ceux de lithiase rénale, et le pronostic en est plus sévère.

M. Siredey. — M. Garrigues a beaucoup insisté dans son rapport sur la tendance qu'auraient les candidats à dissimuler leurs antécédents de lithiase biliaire lorsqu'ils se présentent à l'examen du médecin-expert.

La lithiase biliaire est très souvent latente, et elle peut exister longtemps avant qu'une crise de colique hépatique l'ait révélée. Un examen médical même minutieux ne suffit pas toujours pour la faire découvrir dans ces formes frustes.

Combien de fois trouve-t-on, dans les autopsies, la vésicule

biliaire remplie de calculs, chez des personnes qui n'en ont accusé aucun symptôme, alors qu'elles n'avaient pas le moindre intérêt à tromper.

Il y a quelques années, j'ai vu une dame de 77 ans, qui après trois ou quatre mois de malaises vagues caractérisés surtout par de la dyspepsie avec douleur à l'épigastre et dans toute la région hépatique, rendit plus de 200 calculs qui furent découverts dans les selles et comptés soigneusement. Il serait difficile de croire que ces calculs ne se sont formés que pendant ces quelques mois de maladie. Il est probable qu'ils existaient, pour la plupart, depuis fort longtemps, et cependant leur présence ne troublait en rien la santé de cette femme, remarquablement conservée pour son âge.

Il me semble que le pronostic de la lithiase biliaire est loin d'être aussi sombre que M. Garrigues et M. Mauriac nous l'ont dépeint.

M. Mauriac. — Je conviens que j'ai peut-être été trop pessimiste au sujet de la lithiase biliaire, à cause de quelques cas graves qui, à plusieurs reprises, ont trompé les prévisions favorables que j'avais émises.

Il est bon de remarquer, cependant, qu'à côté des coliques hépatiques et des complications de cholécystite ou d'angiocholite, il faut tenir compte des formes graves de dyspepsie gastro-intestinale qui compliquent si fréquemment la lithiase, et engendrent des troubles profonds dans l'économie.

M. Bahrdt. — Sur les 17 sujets morts de lithiase biliaire, que j'ai cités tout à l'heure, aucun n'avait déclaré de crises antérieures de coliques hépatiques.

M. Brouardel. — Est-il démontré qu'ils avaient eu des crises de coliques hépatiques avant de se présenter à l'assurance ?

M. Bahrdt. — Rien ne permet de l'affirmer.

M. Brouardel. — J'ai été frappé depuis bien longtemps de la fréquence et de l'abondance des cholélithes que l'on trouve dans les autopsies, alors même que rien dans les antécédents des sujets ne le faisait soupçonner. A la Morgue c'est une constatation banale que de rencontrer des calculs chez des personnes qui semblaient jouir d'une bonne santé.

Il est à remarquer d'ailleurs que les statistiques présentées par M. Bahrdt ne donnent que 17 morts par lithiase sur 10 000 décès relevés par la Compagnie. Ces chiffres mis en regard de la fréquence extrême de la lithiase ne semblent pas comporter pour celle-ci un pronostic bien grave.

M. Volborth. — La Compagnie Victoria de Berlin accepte les lithiasiques avec une légère surprime parce qu'elle considère le risque comme assez favorable.

M. le Dr Beltz (de Paris). — Il y a lieu, je crois, de tenir compte des bons effets du traitement, et en particulier des cures thermales.

Les médecins de Vichy, de Vittel, de Carlsbad, et de beaucoup d'autres stations, ont signalé de nombreux cas de guérison chez les malades atteints de lithiase qu'ils peuvent observer pendant plusieurs années consécutives. Dans notre clientèle d'assurances nous voyons fréquemment des lithiasiques qui ont fait des cures thermales et qui s'en trouvent bien. On pourrait considérer cette circonstance comme étant de nature à améliorer le pronostic.

M. le Dr F. Simon (de Buenos-Ayres). — La lithiase biliaire est très fréquente dans la République Argentine; elle y est généralement peu grave. J'ai observé un grand nombre de personnes atteintes de cette affection, et elles ont, pour la plupart, atteint ou dépassé la moyenne de la vie humaine. Il importe, avant tout, de tenir compte de l'état général des malades; lorsque celui-ci est satisfaisant, et que les crises de coliques hépatiques sont suffisamment éloignées, on peut, sans crainte, accepter l'assurance.

M. le Dr Costinesco (de Bucarest). — J'approuve les observations de M. Simon, et j'estime, comme lui, que c'est l'état général des sujets qui doit guider notre conduite. Il faut porter toute son attention sur les fonctions du foie, de l'estomac, de l'intestin et des reins. Un examen minutieux du foie montrera s'il existe quelque complication du côté de la glande hépatique ou des voies biliaires.

Si l'estomac et l'intestin fonctionnent mal, la santé générale des candidats peut en être troublée assez sérieusement pour motiver le refus.

D'ailleurs, en raison même des désordres gastro-intestinaux, les chances de récidives et de complications augmentent.

Il est indispensable aussi que les urines soient minutieusement surveillées : si elles renferment de l'albumine le refus s'impose ; la présence de pigments biliaires ou d'urobiline exige de très grandes réserves.

M. le Dr Sierra (de Bilbao). — Je m'associe aux conclusions favorables des collègues qui viennent de parler. Maintes fois, j'ai soigné des lithiasiques du foie, en Espagne : la guérison était la règle.

M. le Profr Petersen (de St-Pétersbourg). — L'âge joue un rôle important dans le pronostic de la lithiase. Sa gravité est plus accentuée chez les jeunes sujets que chez les personnes âgées. Il en est à peu près de même que pour la goutte. L'apparition de coliques chez les personnes jeunes doit inspirer de réelles inquiétudes pour le présent, et surtout pour l'avenir. A un âge plus avancé, la lithiase revêt souvent des allures frustes, elle est volontiers silencieuse, et on trouve fréquemment à l'autopsie des calculs biliaires dont rien n'a révélé la présence pendant la vie.

M. Brouardel. — Je vois que les opinions sont très divisées à l'égard de la lithiase biliaire, chacun étant influencé par des observations personnelles plus ou moins favorables.

Mes souvenirs cliniques me porteraient plutôt à l'optimisme ; car j'ai vu le plus souvent la lithiase biliaire sous un aspect favorable. Je vais mettre aux voix les conclusions de M. Garrigues.

M. Siredey. — Dans une de ses conclusions, M. Garrigues émet une proposition qui ne me paraît pas très logique. Il considère les crises éloignées comme plus défavorables que les crises rapprochées. Je crois qu'il doit en être tout autrement : le pronostic renferme d'autant plus d'imprévu que les crises sont plus rapprochées. En dehors même de leurs complications immédiates : cholécystite, angiocholite, perforation, syncope, etc., les coliques hépatiques entraînent une série de troubles gastro-intestinaux dont il est bien difficile d'apprécier l'importance. Elles amènent quelquefois des vomissements incoercibles qui épuisent les malades ; on les a vues accompagnées ou suivies de manifestations du côté de l'appendice cœcal.

Lorsque les crises sont plus espacées, il est moins malaisé d'apprécier leurs conséquences immédiates et éloignées. Le repos qu'ont les malades dans l'intervalle leur permet de se relever, et tend à écarter la crainte d'accidents.

Il ne serait donc pas rationnel de traiter ces dernières formes plus sévèrement que celles dans lesquelles les crises sont, en quelque sorte, subintrantes.

M. Garrigues. — Quand un malade, lors de sa première attaque, présente toute une série de crises très rapprochées, en quelque sorte subintrantes suivant l'expression de M. Siredey, je regarde cet ensemble comme une attaque unique. Sa gravité sera, certes, un motif d'examen plus sérieux lorsqu'un tel malade deviendra candidat à l'assurance, mais je crois qu'à ce moment celui-ci pourra fort bien être guéri, pour graves qu'aient été les manifestations premières de sa lithiase. Au contraire, lorsque les accidents surviennent après une certaine période de calme, ils sont bien en rapport avec une crise nouvelle, comportent par suite une récidive de la maladie, et un pronostic plus grave. J'ajoute que si l'intervalle fut assez long pour laisser croire à une guérison et pour tromper longtemps le malade, je crois pouvoir me défier du repos qui pourra suivre la récidive. Ainsi mon opinion n'est en désaccord ni avec celle de M. Siredey, ni avec la logique.

M. le Dr Rochard (de Paris). — Les sujets en imminence d'opération sont à rejeter. Les cas de ce genre sont toujours graves, et ils me paraissent plus fréquents que ne l'a dit M. Siredey. En ma qualité de chirurgien, je suis plus pessimiste que la plupart des médecins qui ont pris la parole ici. Je conseille le refus des personnes atteintes de coliques hépatiques à répétition, qui sont justiciables d'une opération chirurgicale, et par cela même exposées à des complications opératoires toujours sérieuses.

M. Volborth. — Après une intervention, la guérison peut être

complète, j'en ai observé plusieurs cas, parmi lesquels une femme qui n'a pas eu le moindre accident depuis 7 ans.

M. Siredey. — En cherchant tous les cas de lithiase biliaire que j'ai observés depuis 25 ans, et ils sont assurément très nombreux, bien que je n'en puisse indiquer le chiffre avec précision, je ne trouve que 5 décès, ce qui me paraît de nature à appuyer les opinions optimistes de la plupart de nos collègues.

M. Rochard. — Il faudrait une statistique un peu plus précise pour réhabiliter la lithiase biliaire. Mes observations personnelles m'ont laissé une impression beaucoup plus défavorable. Outre les complications immédiates des opérations pratiquées sur les voies biliaires, on voit quelquefois des accidents tardifs. Aussi n'oserais-je conseiller l'acceptation d'un sujet qui a subi une intervention chirurgicale du côté des voies biliaires que 3 ou 4 ans au moins après la guérison.

M. Weill-Mantou. — Partageant l'opinion favorable de la plupart des membres du Congrès qui viennent de prendre part à cette discussion, je propose de remplacer les conclusions un peu trop pessimistes de M. Garrigues par celles-ci :

1° *Les antécédents de lithiase biliaire, dans un passé éloigné de 3 ou 4 ans, ne constituent pas un motif de refus ou d'ajournement quand l'examen des divers organes est, en tous points, satisfaisant.*

2° *Les sujets qui ont subi une opération pour lithiase du côté des voies biliaires pourront être acceptés 3 ou 4 ans après, à condition que la guérison n'ait été interrompue par aucun accident nouveau.*

M. le Président. — Je mets aux voix les conclusions de M. Weill-Mantou.

Les deux conclusions mises aux voix, séparément, sont adoptées à une grande majorité.

M. le Président. — L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. le Dr H. Gillet.

XVII

Rapport de M. le Dr H. GILLET,

de Paris,

Médecin de la Compagnie Générale Néerlandaise.

SUR LA LITHIASE RÉNALE ET L'ASSURANCE SUR LA VIE

M. H. Gillet. — Les documents font absolument défaut pour apprécier le pronostic de la lithiase rénale. On ne peut faire à ce propos que

des conjectures. Il serait désirable que l'on dressât une statistique des sujets assurés ayant souffert de colique néphrétique avant le début de leur contrat, et que l'on comptât ceux dont le décès semble dû à cette affection. On pourrait ainsi savoir si la mortalité est notablement plus élevée, parmi eux, proportionnellement, que parmi les autres assurés pris en bloc.

Une autre recherche apporterait encore bien des éclaircissements, ce serait l'enquête faite sur les sujets refusés pour cause de lithiase rénale, de manière à connaître la durée moyenne de leur survie.

J'ai cru pouvoir soumettre à mes collègues du Congrès les conclusions suivantes :

1° *D'après les données cliniques, on pourrait, sans risque particulier, admettre à l'assurance sur la vie toute personne qui, indemne de toute autre tare, ne présentant rien d'anormal du côté des urines, n'ayant subi du côté des reins aucune opération chirurgicale, accuserait dans ses antécédents des accidents de lithiase rénale, en particulier, la colique néphrétique, lorsque lesdits accidents n'ont donné lieu à aucun genre de récidive, sous quelque forme que ce soit, depuis un laps de temps minimum de trois ans, et maximum de cinq ans.*

L'existence assurée d'un traitement hydro-minéral convenable pourrait être comptée en faveur du postulant.

2° *Lorsque la lithiase rénale aura nécessité une opération chirurgicale du côté d'un des reins, si l'examen médical ne révèle rien d'anormal, ni dans le reste de l'organisme, ni du côté de l'excrétion urinaire, il y aura lieu de prendre en considération, outre le délai écoulé depuis l'intervention chirurgicale, la nature même de l'opération : néphrotomie, néphrolithotomie, néphrectomie partielle ou totale.*

A. *Dans le cas de néphrotomie simple, avec ou sans lithotomie, l'admission pourra être faite comme risque taré léger.*

B. *Dans les cas d'ablation partielle ou totale d'un rein par néphrectomie, les moyens d'investigation mis en œuvre actuellement ne permettent pas de se faire une opinion suffisante pour prendre une détermination.*

Provisoirement, il y a lieu de refuser de tels postulants.

C. *L'existence actuelle d'une fistule urinaire lombaire, ou autre, entraînera un refus, soit définitif, soit temporaire, jusqu'à guérison, et dans ce cas, subordonné à l'état du rein.*

D. *Il paraît indiqué, tout au moins dans les cas douteux, d'appeler en aide des méthodes d'investigation plus précises, comme l'examen microscopique, peut-être aussi la radiographie, pour permettre un diagnostic plus exact.*

M. Poëls. — Il est à ma connaissance que beaucoup de médecins proposent le refus des personnes qui ont souffert de lithiase rénale.

J'ai toujours considéré cette proposition comme trop sévère, et depuis longtemps j'ai fait admettre ces candidats lorsque la dernière

atteinte remontait à au moins cinq ans, et je n'ai pas eu à me plaindre des résultats. Jusqu'à ce jour je n'ai pas eu à enregistrer un seul décès imputable à la lithiase rénale.

Dans ses conclusions, M. Gillet réduit le temps d'attente à un minimum de trois ans et à un maximum de cinq ans.

Il y a là donc un progrès qui mérite d'être signalé.

M. Gillet exprime le désir que des recherches soient entreprises de manière à pouvoir dresser une statistique au sujet des candidats admis qui ont souffert de lithiase rénale.

Il demande de compter ceux dont le décès semble dû à cette affection, ou bien de se rendre compte si ces sujets constituent ou non un mauvais terrain et si leur mortalité est proportionnellement plus élevée que celle des autres assurés pris en bloc.

Il y aurait encore — ajoute-t-il — une autre sorte de recherche qui apporterait bien des éclaircissements, ce serait l'enquête faite sur les sujets refusés à cause de lithiase rénale.

Le désir exprimé par M. le Dr Gillet est très fondé et je vous propose, Messieurs, de le signaler à l'Association avec prière de mettre à l'ordre du jour, dans les différents Comités nationaux, l'étude des différents points signalés précédemment.

M. Mauriac. — Ici, comme en matière de lithiase biliaire, je suis pour la prudence. Il ne faut pas voir seulement la colique néphrétique, mais l'ensemble des troubles de l'organisme.

Le pronostic me parait moins sombre que celui de la colique hépatique, néanmoins il exige beaucoup de réserves.

On doit se préoccuper des récidives toujours menaçantes, et des complications qui peuvent en résulter.

Je suis d'avis d'éliminer absolument tous les sujets dont l'état a nécessité une intervention chirurgicale, alors même que les antécédents, ainsi que les suites opératoires, seraient favorables.

Quand un rein a été infecté ou lésé d'une façon assez grave pour motiver une opération, on ne sait jamais quel est l'état de l'autre rein, et jusqu'à quel point on a le droit de compter sur sa résistance.

M. Volborth. — En Allemagne, on est devenu bien moins sévère pour la lithiase rénale qui ne comporte pas, en général, un pronostic très grave. Toutefois, je ne comprends pas que l'on accepte des gens qui ont subi l'ablation totale ou partielle d'un rein : cette situation comporte une part trop grande d'imprévu.

M. le Dr Sierra (de Bilbao). — Je suis un peu moins optimiste pour les calculs rénaux que pour les calculs biliaires, et je crois aussi que l'on aurait tort d'assurer les sujets auxquels on a fait une grave opération sur les reins.

M. le Dr Bierbach (de Berlin). — Je ne puis qu'appuyer les observations de nos collègues relativement au refus des opérés du rein, aussi bien en raison des lésions concomitantes des deux reins que

pour la somme plus grande des risques qui menacent un rein unique.

M. le Dr Descoust (de Paris). — Il importe de distinguer deux catégories parmi les lithiasiques rénaux : suivant qu'ils expulsent des calculs ou qu'ils les conservent. « Ceux qui ne charrient pas bâtissent », disait judicieusement, je ne sais plus quel spécialiste.

Lorsqu'un malade, à la suite d'une colique néphrétique, a rendu un ou plusieurs calculs, et que la crise ne se reproduit pas pendant un délai assez long, j'estime qu'on pourrait l'accepter.

Au contraire, celui qui après une ou plusieurs crises rapprochées n'a expulsé aucun calcul doit être tenu pour suspect. On doit examiner ses urines avec soin et l'éliminer si l'on découvre le moindre indice de néphrolithe.

M. Poëls. — Dans une étude sur le rein calculeux, j'ai montré que, quand l'un des reins est incrusté de calculs, l'autre en renferme presque toujours. Aussi je pense qu'on ne peut admettre les opérés même comme risques tarés.

M. H. Gillet. — Il me semble cependant que si l'on n'a fait qu'une simple incision au rein malade, toutes les autres circonstances étant favorables, on pourrait accepter ces sujets, les autres devant être refusés.

M. le Dr Volborth. — Le professeur Israël, sur deux mille opérations pratiquées sur le rein, n'a eu qu'un chiffre de mortalité assez faible, mais il serait difficile de s'appuyer sur cette donnée pour la pratique des assurances. Il faudrait pouvoir faire entrer en ligne de compte des statistiques importantes pour nous montrer ces interventions sous un jour réellement favorable.

En attendant, nous devons considérer les sujets qui ont subi de telles opérations comme des risques inacceptables.

M. le Dr Schulthess (de Zurich). — Il ne faut pas oublier qu'en définitive un certain nombre d'opérations pratiquées sur le rein provoquent une cicatrice fibreuse qui peut être le point de départ d'une sclérose rénale.

M. le Président. — Je mets aux voix les conclusions du rapport de M. Gillet.

La première conclusion tendant à l'admission des sujets qui, un temps assez long après une colique néphrétique, présentent des conditions satisfaisantes au double point de vue de l'état général et de l'état local, est adoptée.

La seconde conclusion est repoussée, et le Congrès se prononce pour le rejet de tout candidat ayant subi une opération sur le rein.

***

M. le Président. — Un de nos collègues, M. le Dr Fernand Ledé, de Paris, vient de présenter le vœu suivant que je soumets au Congrès:

J'ai l'honneur de proposer aux membres du IIIe Congrès des Médecins de Compagnies d'Assurances de voter un vœu demandant que le Comité d'organisation du IVe Congrès des Médecins de Compagnies d'Assurances, inscrive à son ordre du jour l'étude des lois concernant les accidents du travail et des résultats qu'a donnés l'application de ces lois, et convoque les médecins de Compagnies d'assurances contre les accidents du travail en leur réservant au besoin une section spéciale.

M. A. Siredey. — Le vœu qui vient de vous être proposé, Messieurs, serait très légitime si nous avions la mission de préparer le prochain Congrès. Mais il me semble que quelle que soit la décision que vous prendrez, ce soir, relativement au siège de notre prochaine réunion, nous devons laisser toute liberté à l'initiative de ceux de nos collègues qui seront chargés de l'organisation du IVe Congrès.

Il ne faut pas oublier d'ailleurs que les médecins des Compagnies d'assurances contre les accidents ne sont nullement exclus de nos Congrès, et la présence parmi nous de M. Ledé en est la preuve.

Par suite de considérations multiples sur lesquelles je me suis expliqué déjà, le Comité d'organisation du IIIe Congrès n'a pas cru devoir mettre à son ordre du jour les questions intéressant les assurances contre les accidents. Les difficultés et les conflits que soulève encore dans notre pays l'application récente de la loi sur les accidents du travail ne permettaient pas, sans péril pour notre Congrès, d'aborder des discussions sur ce sujet.

Ce n'est ni par oubli ni par négligence, que ces questions ont été éliminées de notre programme.

Nous n'y avons renoncé qu'à regret, mais nous avons reconnu *à l'unanimité* l'obligation qui s'imposait à nous d'agir ainsi.

Il est probable que les circonstances ne seront pas les mêmes dans un autre pays, libre de toute entrave. Le Comité d'organisation du prochain Congrès reprendra les traditions exceptionnellement interrompues, et s'inspirant de ce qui a été fait à Bruxelles et à Amsterdam, il accordera une juste place aux intéressants problèmes qui concernent les assurances contre les accidents, c'est ce que nous désirons tous.

Il n'est pas besoin pour cela d'indication nouvelle.

L'adoption du vœu de M. Ledé semblerait plutôt avoir un effet rétroactif, et constituerait une sorte de blâme contre le Comité d'organisation du IIIe Congrès.

Je vous demande de repousser ce vœu.

M. le Dr Manès (secrétaire général, Berlin). — Il faut certainement approuver en tout, les observations de M. Siredey. Mais je crois qu'on pourrait peut-être prendre en considération pour le prochain Congrès, la proposition de M. le Dr Ledé.

Si le Congrès a lieu en Allemagne, cela sera très facile. D'un côté

on s'occupe beaucoup de la médecine des accidents; d'un autre côté un grand nombre de médecins des Compagnies d'assurances contre les accidents sont membres de l'Association nationale allemande et lors de l'organisation de la section qui concerne la médecine des assurances, le Comité a expressément donné une place à l'assurance contre les accidents à côté de l'assurance sur la vie.

Le mieux serait d'organiser en même temps que les séances pour les médecins des Compagnies d'assurances sur la vie, des séances pour les médecins des Compagnies contre les accidents, et non des séances communes, à cause des différences des matières; mais on peut laisser le soin d'arranger cela au futur comité d'organisation.

M. Poëls. — Nous sommes tous d'accord sur l'intérêt que présentent les questions qui se rapportent aux assurances contre les accidents, mais leur inscription à l'ordre du jour du prochain Congrès ne fait aucun doute. Ce serait donc enfoncer une porte ouverte que de voter un vœu dans ce sens.

Aussi, je suis tout à fait de l'avis de M. Siredey, et je pense qu'il est inutile de voter sur la proposition de M. Ledé.

M. le Président. — Le Congrès désire-t-il que le vœu formulé par M. Ledé soit discuté et mis aux voix?

A une très grande majorité, le Congrès décide qu'il n'y a pas lieu de mettre aux voix la proposition.

JEUDI 28 MAI

Séance de l'après-midi.

Présidence de M. le Professeur BROUARDEL

M. le Président. — L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. Norton.

XVIII

Rapport de M. le Dr Rupert NORTON,

de Paris,

Médecin en chef de la Compagnie « Mutual Life de New-York ».

SUR L'OBÉSITÉ, COMME FACTEUR, DANS L'ASSURANCE SUR LA VIE

M. le Dr Norton. — On peut considérer comme obèse, quels que soient sa taille ou son âge, toute personne dont la circonférence abdominale, mesurée au niveau de l'ombilic, est supérieure à la circonférence de la poitrine prise sous les mamelons pendant la pleine inspiration.

L'obèse a, vis-à vis de toutes les maladies aigües, une résistance moindre qu'un sujet de corpulence normale. La surchage graisseuse des organes abdominaux apporte une gêne dans les fonctions digestives en même temps qu'elle entrave l'abaissement du diaphragme et l'expansion du thorax, diminuant ainsi le champ respiratoire. La surcharge graisseuse du cœur expose à la mort subite. En somme, l'obèse est souvent voué à une fin prématurée.

Je propose, au Congrès, les conclusions suivantes :

1° *Toute personne obèse, le juif excepté peut-être, est un risque extra-hasardeux, car sa probabilité de vie ne peut être considérée comme aussi longue que celle d'une personne de poids normal;*

2° *Les femmes obèses sont des risques aussi dangereux que les hommes obèses;*

3° *Chaque proposant doit être jugé individuellement, tout en prenant, cependant, en considération, son histoire personnelle passée et celle de sa famille. Il est impossible de formuler une règle générale exacte pour accorder des polices à long terme aux obèses âgés. Un proposant*

obèse d'une quarantaine d'années peut avoir une vie probable plus longue qu'un obèse d'une trentaine d'années; il est donc indispensable que chaque postulant soit jugé entièrement d'après la valeur de son cas, sur un examen sévère;

4° Les candidats à l'assurance, chez qui l'obésité est due à l'ingestion continue d'alcool en petites quantités, ne devraient pas être acceptés, sur n'importe quelles bases.

M. Poëls. — Je regrette de n'être pas d'accord avec M. Norton sur différents points de l'importante question qu'il avait à traiter.

Je ne saurais admettre la définition qu'il nous donne de l'obésité. Si on la prenait à la lettre, un homme de 1m72, pesant 98 kilogrammes, mesurant 1m06 de périmètre thoracique et 1m06 de circonférence abdominale, ne serait pas un obèse.

En outre, chez une femme, le développement exagéré de la poitrine fausserait les rapports entre la circonférence thoracique et la circonférence abdominale, de telle façon qu'elle pourrait être monstrueusement grosse sans être obèse, d'après M. Norton.

J'ai publié, dans le *Bulletin de l'Association internationale des médecins-experts*, un travail sur l'anthropométrie, dans lequel j'ai étudié les variations que présentent les diverses mesures chez les différents sujets. La question est, d'ailleurs, très complexe : il faut tenir compte de l'âge des sujets, du sexe, de la taille, de la race, de la famille même

M. Norton considère l'Israélite obèse comme un risque acceptable, sans nous donner, d'ailleurs, aucune raison de cette préférence. En revanche, il fait le procès de l'Allemand, buveur de bière, dont l'obésité lui paraît dangereuse. Celle de l'Anglais, de l'Américain, du Belge, l'est-elle moins?

Le Dr Roger estime qu'un poids dépassant de 25 pour 100 le poids normal moyen est excessif et constitue une tare. Il ne faut pas oublier les relations étroites qui existent entre l'obésité et diverses maladies : l'asthme, l'emphysème, la goutte, le diabète. Ces associations morbides entrent pour une large part dans l'aggravation du pronostic chez les obèses. Il y aurait là des distinctions importantes à faire, dont M. Norton n'a pas parlé.

M. Mauriac. — Cette question de l'obésité est très importante en matière d'assurances sur la vie et elle me paraît bien difficile à juger. Où commence l'obésité? Il faut convenir que nous n'avons pas de critérium physiologique nous permettant d'en fixer avec précision les limites. La méthode des mensurations est assez infidèle; ses résultats varient suivant la façon dont on procède.

Il faut rechercher si la répartition de la graisse est uniforme; lorsqu'elle constitue un revêtement régulier à la surface du corps, la santé générale n'en souffre que dans les cas où l'adipose est très accentuée; si elle s'accumule en certains points, de façon à former des

masses proéminentes, particulièrement au niveau du ventre, elle est beaucoup plus gênante. On doit refuser les gens dont la paroi abdominale retombe sur les cuisses.

Il importe surtout de dépister l'obésité interne, c'est-à-dire la surcharge graisseuse des viscères. Il est indispensable de surveiller minutieusement, à ce point de vue, les fonctions respiratoires. Quand il se produit de la gêne, de l'essoufflement, à l'occasion des mouvements, on doit soupçonner l'envahissement des organes internes par la graisse.

En dehors de ces symptômes, nous ne possédons aucun signe certain de l'adipose viscérale, et en particulier de la surcharge graisseuse du cœur, que nous aurions tant d'intérêt à diagnostiquer. Je demandais hier à notre collègue, le Dr Béclère, si nous pouvions compter sur le secours de la radioscopie ou de la radiographie pour nous éclairer, et sa réponse a été négative.

Je ne pourrais dire si l'obésité est moins grave chez les Israélites, je sais qu'elle coïncide souvent, chez eux, avec le diabète.

M. le Dr Florschütz. — J'ai démontré, par les tables de mortalité de la « Gotha », que les obèses doivent être considérés comme de mauvais risques.

Voici la manière dont nous opérons pour déterminer l'obésité.

Nous prenons la taille du sujet : 1^m70 par exemple, puis la circonférence abdominale, soit 1^m10. Nous déduisons la taille du double de la circonférence abdominale : $1^m10 \times 2 = 2^m20 - 1^m70 = 0^m50$, puis nous divisons la taille par cette différence : $\frac{1^m70}{0^m50}$. Le produit de la division, c'est-à-dire 3, 4, dans le cas particulier, nous donne en quelque sorte le *coefficient de l'obésité.*

Si nous obtenons le chiffre 5, nous le tenons pour normal, 4 indique déjà un certain degré d'obésité, 3 est en rapport avec une obésité accentuée, au-dessous de 3, nous n'acceptons pas les candidats.

M. Mahillon. — La formule proposée par M. Florschütz est très intéressante, mais elle paraît un peu compliquée. Je me sers habituellement de celle-ci : le chiffre du poids doit être égal à celui qui représente la moitié de la taille. Elle est peut-être moins exacte, mais très simple et suffisante dans la pratique.

M. le Dr Volborth. — En Allemagne, l'obésité est rare, sauf dans les pays où l'on boit beaucoup de bière, ce que l'on observe surtout dans le Sud de l'Allemagne.

Dans les autres régions, je crois que les sujets obèses sont plus rares que dans les autres pays.

M. Brouardel. — L'obésité qui apparaît avant vingt ans, lorsqu'elle n'est pas excessive, n'a pas beaucoup d'importance. Chez les jeunes sujets on trouve généralement sous la peau un pannicule adipeux abondant, et même quand il est assez développé, il ne s'accompagne pas de surcharge graisseuse des viscères.

Dans ces conditions l'obésité est curable : un régime alimentaire un peu sévère, l'exercice, des cures salines, en ont facilement raison.

Il n'en est plus ainsi au-delà de 30 ans, et surtout chez les gens de 40 à 50 ans, et c'est alors que la graisse ne se développe pas seulement sous la peau, mais qu'elle envahit les viscères.

Il me paraît bien difficile de déterminer la conduite à tenir à l'égard des obèses, et l'attitude des médecins et des compagnies d'assurances est très variable. J'ai cru devoir en refuser qui étaient acceptés en Amérique.

D'une façon générale, je m'en rapporte, dans la pratique, à la formule que vient de rappeler M. Mahillon : le chiffre exprimant le poids, en kilogrammes, ne doit pas dépasser celui qui correspond à la moitié de la taille.

La formule de M. Florschütz me paraît également acceptable.

On se trouvera bien, je crois, de se baser sur les indications que l'on pourra tirer de ces calculs sommaires avant d'accepter un sujet gras.

M. Mahillon. — Il y a des questions de races qui mériteraient d'être étudiées attentivement. Il est vraisemblable que chez les hommes comme chez les animaux, certaines races sont plus particulièrement prédisposées à l'adipose.

M. Volborth. — M. Traube, en Allemagne, a fait les mêmes constatations que M. Brouardel sur le danger de l'obésité suivant les âges. Bénigne chez les jeunes sujets parce qu'elle est localisée au tissu cellulaire sous-cutané, l'adipose devient plus grave chez les personnes âgées parce qu'elle envahit les organes profonds.

M. Poëls. — Je crois que cette question est assez importante pour qu'elle soit l'objet de nouvelles études approfondies. Je propose de la mettre à l'ordre du jour du prochain Congrès.

M. Norton. — L'observation que j'ai faite à propos des Israélites m'a été suggérée par la seule expérience : en général, les Israélites constituent de très bons risques, malgré leur tendance à l'obésité.

M. Dobrski (Varsovie). — Les Juifs n'habitent que quelques provinces de la Russie. Or, j'ai remarqué que ce sont ceux d'apparence maigre et chétive qui vivent le plus longtemps. Peu fortunés, travaillant beaucoup, ils se nourrissent mal et sont néanmoins assez résistants.

Au contraire, quand leur situation a grandi, ils se mêlent à la population russe, et vivent plus largement. La bonne chère ne tarde pas à provoquer chez eux les diverses maladies attribuées au ralentissement de la nutrition.

Allez à Carlsbad, à Marienbad, vous y verrez un très grand nombre de juifs arthritiques, goutteux, obèses, diabétiques.

Malgré l'opinion soutenue par notre collègue, M. Norton, je les considère comme des risques moins bons.

M. Weill-Mantou. — Mes observations personnelles sont tout à fait d'accord avec celles de M. Dobrsky : les Israélites ont une tendance très marquée aux dystrophies que l'on décrit généralement en France sous le nom d'arthritisme. Ils deviennent facilement obèses, goutteux, diabétiques, etc., et je ne crois pas que de ce fait leur valeur au point de vue de l'assurance sur la vie soit augmentée.

M. Mahillon. — Je me joins à mon ami Poëls pour demander que la question de l'obésité soit mise à l'ordre du jour du prochain Congrès, et j'espère que M. Florschütz pourra réunir d'importants documents sur ce sujet.

M. le Président. — Je remercie M. Florschütz des indications qu'il nous a fournies, et je mets aux voix la proposition de M. Poëls que vient d'appuyer M. Mahillon.

La résolution de M. Poëls renvoyant au prochain Congrès l'étude de l'obésité, est adoptée.

M. le Président. — L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. le Dr Schulthess.

XIX

Rapport de M. le Dr Guillaume SCHULTHESS,

de Zurich,

Médecin-chef de l'Institut suisse des assurances sur la vie à Zurich.

SUR LES DÉVIATIONS DE LA COLONNE VERTÉBRALE AU POINT DE VUE DU MÉDECIN D'ASSURANCES

Dans la pathologie des déviations de la colonne vertébrale, trois points ont une importance considérable pour le médecin d'assurances : 1° *le diagnostic différentiel du mal de Pott et de la scoliose*; 2° *la longue durée des foyers tuberculeux;* 3° *les altérations de l'appareil circulatoire.*

Tous ces points sont mis en lumière par les deux reproductions en plâtre et par les trois préparations anatomiques que j'ai l'honneur de présenter au Congrès.

Le premier plâtre fait voir une *gibbosité symétrique*, formée par les apophyses épineuses, et causée par la tuberculose des corps vertébraux.

Le deuxième montre une *gibbosité asymétrique*, formée par les angles costaux et causée par une cyphoscoliose grave,

La gibbosité formée par les apophyses épineuses est caractéristique du mal de Pott, la gibbosité formée par les angles costaux est caractéristique de la scoliose.

La ténacité des foyers tuberculeux est démontrée par la première de nos préparations, recueillie à l'autopsie d'un sujet atteint de mal de Pott, mort de cancer de l'estomac, vingt ans après la guérison d'une spondylite tuberculeuse. On voit encore des foyers tuberculeux calcifiés. Il faut considérer que la durée de la virulence de ces foyers jusqu'à présent n'est pas exactement connue.

Les désordres de l'appareil circulatoire dans le mal de Pott et dans les cas graves de scoliose sont causés, vous le savez, par les déformations primitives des gros vaisseaux et par les altérations secondaires du cœur.

Dans une deuxième préparation, provenant de l'autopsie d'une femme de trente-huit ans, morte d'hydropisie généralisée, l'*aorte est courbée le long de la colonne vertébrale*, excessivement déformée en cyphose.

Il n'est pas rare de voir l'aorte pliée, formant un anévrysme plus ou moins accentué.

Toutes ces déformations avec les courbures des grandes veines constituent des obstacles à la circulation.

Ils produisent avec les troubles de l'appareil respiratoire, les altérations secondaires du cœur.

Notre troisième préparation, recueillie à l'autopsie d'un scoliotique de quarante-huit ans, mort d'hydropisie généralisée, fait voir la *dilatation* de toutes les parties du cœur, l'*hypertrophie* très accentuée du ventricule droit, moins accentuée du ventricule gauche.

Ce sont toutes ces altérations avec l'hydropisie consécutive qui demandent la réduction de la durée de l'assurance pour les difformités graves de la colonne vertébrale.

Je propose de discuter les conclusions après le rapport de M. Redard qui a traité le même sujet.

M. le Président. — Je remercie M. Schulthess de nous avoir apporté les belles pièces anatomiques et les moulages qui ont ajouté un si grand intérêt à sa communication. Je pense, comme l'a demandé M. Schulthess, qu'il est préférable de discuter son rapport en même temps que celui de M. Redard, à qui je donne la parole.

XX

Rapport de M. le Dr P. REDARD,

de Paris,

Médecin de la Compagnie suisse d'assurances sur la vie, de Zurich.

SUR LES DÉFORMATIONS DE LA COLONNE VERTÉBRALE ET DU THORAX AU POINT DE VUE DES ASSURANCES SUR LA VIE

Les gibbosités du mal de Pott, chez l'adulte, ont une double gravité, résultant à la fois de leur origine tuberculeuse et des troubles fonctionnels qu'elles peuvent occasionner.

Les scolioses constitutionnelles, si elles n'ont pas à l'origine un caractère aussi grave que les altérations tuberculeuses des os, évoluent, presque fatalement, de manière à produire une déformation importante du squelette.

Le rétrécissement de la cage thoracique expose les gibbeux à des complications pulmonaires et cardiaques dont la gravité croît avec les années.

Les statistiques établissent très nettement que les bossus meurent jeunes : ils atteignent rarement l'âge de 60 ans.

Sans être aussi constantes que les troubles pulmonaires, les complications cardiaques exposent souvent les bossus à une mort rapide ou subite.

La *cyphose* et la *lordose* sont, en général, moins graves que les *scolioses.*

Les déformations congénitales ou acquises sont surtout graves par l'insuffisance de la cage thoracique qui en résulte.

Les déformations consécutives au rachitisme, aux affections pleuro-pulmonaires et cardiaques, et à certaines affections nerveuses, ont un pronostic grave.

En résumé, les déformations de la colonne vertébrale et du thorax troublent assez fréquemment les fonctions essentielles de la vie, et se terminent quelquefois par une mort subite ou rapide.

Lorsqu'elles sont très prononcées, invétérées, elles exposent à des complications graves du côté du poumon et du cœur.

Certaines formes de déviations vertébrales dont nous avons indiqué les caractères avec soin, qui, au moment d'un premier examen, se présentent avec des allures de grande bénignité, s'aggravent rapidement et se compliquent de rétrécissement très important du thorax. Le médecin doit signaler avec soin les sujets atteints de ces déviations à pronostic grave, qui ne peuvent être assurés sur la vie.

Les gibbosités du mal de Pott ont un pronostic d'une gravité particulière.

Les candidats qui ont été atteints de cette redoutable affection ne doivent jamais, à notre avis, être proposés, avec avis favorable, aux Compagnies d'assurances sur la vie.

M. le Président. — Les déformations du thorax et de la colonne vertébrale appartiennent à deux catégories bien différentes, suivant qu'elles relèvent du *mal de Pott*, c'est-à-dire de *lésions tuberculeuses* ou qu'elles sont en rapport avec une *simple déviation squelettique ayant une autre origine*,

Il est indispensable de discuter séparément ces deux variétés.

Les déviations résultant du *mal de Pott* sont-elles acceptables dans certaines conditions?

M. Poëls. — Dans mon rapport sur *la tuberculose des articulations*, j'ai demandé l'admission de *certaines tuberculoses osseuses guéries*; ces conclusions me paraissent applicables au *mal de Pott*. Un sujet qui a eu, dans l'enfance, une ostéo-arthrite tuberculeuse du rachis, et qui, pendant de longues années, n'a présenté aucune manifestation nouvelle de tuberculose du côté du squelette, des poumons, des ganglions ou des autres organes, peut atteindre la moyenne de la vie, et je ne vois aucune raison pour l'éloigner de l'assurance.

M. Pouliot (Poitiers). — Il me semble que la question qu'a étudiée M. Poëls diffère un peu de celle qui est actuellement en discussion. Il ne s'agit pas seulement ici de *tuberculose ancienne* plus ou moins guérie, mais de lésions ayant laissé dans certains cas, même après guérison, des *déformations squelettiques* importantes.

M. Brouardel. — Il est bien entendu qu'il s'agit à la fois, ici, de *tuberculose des os* et de *déviations thoraciques* résultant de la localisation au rachis de cette tuberculose.

M. le Dr Pouliot. — Il me semble qu'il y a lieu de distinguer les lésions de ce genre suivant qu'elles siègent à la partie inférieure ou à la partie supérieure de la colonne vertébrale.

Le mal de Pott lombaire est en général moins grave que le mal de Pott cervical ou dorsal.

Les déformations auxquelles il donne lieu sont limitées au rachis; elles n'entraînent pas de modifications importantes de la cage thoracique, et ne compromettent pas au même degré les fonctions respiratoires et circulatoires.

M. Schulthess. — Je crois qu'on peut déclarer comme acceptables les gens ayant été atteints de tuberculose lombaire qui sont guéris depuis 10 ans. Le danger de cette sorte de tuberculose n'est pas bien grand.

Dans mes autopsies j'aie toujours constaté que ces gens étaient morts d'hydropisie, et non pas de tuberculose généralisée, ou bien je constatais des causes mécaniques du décès.

Je propose d'accepter les gens atteints de mal de Pott lombaire quand ils sont guéris depuis une dizaine d'années, sauf à augmenter la prime.

M. LE PRÉSIDENT. — Laissant de côté, pour l'instant, le mal de Pott lombaire, je soumets au Congrès la proposition suivante :

Les sujets atteints du mal de Pott limité à la partie supérieure de la colonne vertébrale (région dorsale et région cervicale), guéris depuis dix ans, sont-ils acceptables?

La proposition est rejetée par la majorité du Congrès.

M. LE PRÉSIDENT. — Je mets de nouveau en discussion le *mal de Pott lombaire.*

M. REDARD. — Qu'elle soit *dorsale* ou *lombaire*, la *tuberculose vertébrale* doit toujours être regardée comme une maladie grave. En dehors même des déformations thoraciques, et envisagé exclusivement dans ses localisations lombaires, le *mal de Pott* comporte de sérieuses réserves pour l'avenir.

Il ne faut pas oublier que les altérations tuberculeuses siègent au voisinage de la moelle, qu'elles peuvent donner lieu à des abcès à marche lente, qui gagnent le petit bassin où ils ne se révèlent, quelquefois, qu'après de longues années. On doit enfin compter avec les récidives parfois très tardives.

Dans des cas tout à fait exceptionnels, où des lésions superficielles et très limitées de la région lombaire datant de l'enfance seraient restées parfaitement silencieuses pendant de longues années, l'assurance pourrait être acceptée entre trente et quarante ans.

Mais le plus souvent on doit considérer un sujet atteint du *mal de Pott*, même *guéri*, comme un *mauvais risque.*

M. LE Dr POULIOT. — J'ai constaté des exemples authentiques de guérison du mal de Pott lombaire, et cette guérison est restée définitive. Je crois que de pareils sujets pourraient être admis.

M. MAHILLON. — Je pense que l'on ne pourrait conclure qu'à une assurance limitée, car la plupart de ces sujets ne vivent pas vieux.

M. BROUARDEL. — On pourrait, en effet, diminuer les risques inhérents aux troubles mécaniques si on limitait la durée de l'assurance, ou si l'on admettait ces sujets à des conditions spéciales.

M. SCHULTHESS. — Je ne ferai aucune différence entre le mal de Pott lombaire et dorsal. Le mal de Pott lombaire provoque une déformation plus grande qu'on ne le croit généralement et cause ainsi, plus souvent qu'on ne le pense, des troubles de la respiration.

La déformation du bassin est quelquefois extrêmement prononcée.

M. M.-P. REDARD. — Je ne puis que confirmer ce que dit M. Schulthess. Il faut tenir compte bien plutôt de l'étendue et de la gravité du mal de Pott, que de son siège. La localisation lombaire de la maladie ne saurait diminuer son importance.

M. le Dr Pouliot. — Quand la guérison est complète, et confirmée par une observation prolongée, je crois le risque acceptable.

M. le Président. — Nous connaissons tous des exemples de sujets atteints du mal de Pott, que l'on croyait guéris et qui, longtemps après, succombent à la tuberculose pulmonaire.

Il me semble donc que le mal de Pott présente un double danger, en raison de sa *nature tuberculeuse*, et à cause des *déformations* qui peuvent en résulter.

Par sa présence en un point quelconque de la colonne vertébrale, la tuberculose crée une infériorité manifeste.

Si elle a occasionné des déformations qui gênent le fonctionnement des divers organes, le refus s'impose. Telles sont, en effet, les conclusions résultant de cette discussion. Je les mets aux voix.

Elles sont adoptées.

M. le Président — Quelles conclusions peut-on présenter maintenant au sujet des déformations simples de la colonne vertébrale : *cyphose*, *lordose*, *scoliose?*

M. le Dr Redard. — Il est impossible d'accepter une règle immuable : l'importance des déformations varie suivant les cas. On doit se rendre compte, autant que possible, de l'influence exercée par les déviations osseuses sur les poumons, sur le cœur et les vaisseaux. L'étendue des déformations, leur siège, fourniront des éléments d'appréciation, mais on devra toujours s'enquérir avec un soin minutieux des moindres désordres qui peuvent exister dans l'appareil circulatoire : c'est là que réside surtout le danger.

M. le Président. — M. Schulthess est-il du même avis que M. Redard ?

M. le Dr Schulthess. — Je m'associe entièrement aux observations de M. Redard, mais je tiens à insister sur la difficulté que l'on éprouve à apprécier la gravité réelle d'une scoliose.

La position des côtes donne seule quelques indications. Lorsque les dernières côtes descendent au-dessous du bord supérieur de la crête iliaque, la scoliose doit être considérée comme grave.

M. Siredey. — Il est bon d'accentuer vis-à-vis des Compagnies l'impossibilité d'assurer un grand nombre d'individus atteints de scoliose.

Il s'agit là de tares visibles pour les agents, et ceux-ci pourraient épargner à ces pauvres déformés l'humiliation et l'angoisse d'un refus.

J'ai vu, il y a quelques années, un malheureux jeune homme de 27 à 28 ans, ayant à peine 1m,50 de taille, au thorax en carène, le cou disparaissant entre les épaules, sujet d'ailleurs chétif et manifestement inacceptable. Il comptait sur son assurance pour contracter un emprunt en vue de son prochain établissement.

L'angoisse de ce pauvre garçon faisait peine à voir, et comme il

m'interrogeait, les larmes aux yeux sur ce que je pensais de sa santé, je lui demandai s'il avait fait son service militaire, et sur sa réponse négative, qui ne faisait d'ailleurs aucun doute pour moi, je lui expliquai que les Compagnies d'assurances n'acceptaient pas volontiers ceux qui avaient été refusés par le conseil de revision.

Il est désirable que les Compagnies ne nous présentent pas de pareils candidats !

M. le Président. — Nous sommes tous d'accord pour refuser *les bossus chez lesquels la gêne mécanique des poumons, du cœur et des gros vaisseaux est absolument certaine.*

Nous pensons, au contraire, que les scolioses peu accentuées sont acceptables.

Dans l'impossibilité où nous nous trouvons de tracer une démarcation précise entre les sujets que l'on peut admettre et ceux que l'on doit refuser, je crois qu'il est préférable de maintenir à nos conclusions leur caractère peu précis, élastique, laissant aux médecins l'initiative de la décision que comporte chaque cas particulier.

Je mets aux voix ces conclusions. — Elle sont adoptées.

M. le Président. — L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. P. Guillon.

M. le Dr Guillon (de Paris). — Avant d'aborder mon rapport, je désire rectifier quelques détails au sujet de la discussion qui a eu lieu, hier, sur les mensurations du thorax.

Le désaccord qui s'est élevé entre M. Poëls et moi provenait d'un léger malentendu.

Je voulais surtout soutenir cette idée que *deux mensurations* pratiquées dans l'inspiration maxima et dans l'expiration maxima ne pouvaient être considérées comme suffisantes.

M. Poëls insiste pour que la circonférence du thorax, au repos, soit prise, les bras étant levés et les mains se rejoignant au-dessus de la tête, je n'y vois pas d'inconvénient et je m'y rallie volontiers.

M. Poëls. — J'ai appuyé le vote en faveur des mensurations prises au maximum de l'inspiration et de l'expiration.

Pour le coefficient de vitalité, on pouvait s'en tenir, avec M. Snellen, à la circonférence thoracique mesurée au repos.

Au fond, nous sommes d'accord.

M. le Président. — L'incident est clos; j'invite M. Guillon à résumer son rapport et à nous en présenter les conclusions.

XXI

Rapport de M. le Dr Paul GUILLON,

de Paris,

Médecin de la Compagnie d'Assurances « L'Ordre Indépendant des Forestiers du Canada ».

SUR LES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE AU POINT DE VUE DES ASSURANCES SUR LA VIE

Les Compagnies d'assurances agissent de manière très différente à l'égard des gens atteints de rétrécissements de l'urèthre. Les unes les acceptent, d'autres les refusent. La plupart ne paraissent pas s'en préoccuper.

Cette indifférence s'explique un peu par la bénignité des rétrécissements de l'urèthre, depuis les progrès de l'antisepsie qui permet de traiter et de guérir, avec une sécurité parfaite, les sténoses uréthrales considérées autrefois comme graves. Elle s'explique encore par la difficulté que l'on éprouve à faire le diagnostic de rétrécissement de l'urèthre au cours d'un examen médical pratiqué en vue d'une assurance.

En effet, les renseignements, même très sincères, fournis par le candidat, n'ont pas d'importance décisive : les modifications du jet d'urine, la diminution de la force de projection, l'incontinence primitive ou par regorgement, la douleur, les efforts dans la miction n'ont pas une valeur pathognomonique.

On peut observer ces symptômes en l'absence de tout rétrécissement, et ils peuvent manquer tous ou presque tous, quand un rétrécissement existe.

Le seul moyen certain de reconnaître un rétrécissement uréthral, c'est l'exploration méthodique du canal, qui n'est d'ailleurs ni exigible, ni recommandable.

Je propose les conclusions suivantes :

1° *En général, les rétrécissements de l'urèthre ne doivent pas être un obstacle à l'assurance sur la vie.*

2° *Seuls les rétrécissements traumatiques doivent être refusés s'ils n'ont pas été opérés et examinés longtemps après l'opération, ou ajournés pour attendre le résultat de l'intervention qu'ils auraient nécessitée.*

3° *Les rétrécissements compliqués de lésions concomitantes (abcès urineux, infiltration d'urine, fistules, etc.), pourront être considérés comme « risques tarés » ou ajournés jusqu'à guérison des complications.*

4° *Pour les rétrécissements inflammatoires simples, ils sont curables :*

leur pronostic, après un traitement rationnel quelconque, est bon; ils devraient être acceptés à l'assurance.

M. Mauriac. — Je comprends que les Compagnies ne se préoccupent pas trop des rétrécissements simples et n'en fassent pas un motif de refus.

Mais il y a des cas où il est impossible d'accepter certains rétrécis.

Lorsque je vois un individu pisser goutte à goutte, je l'ajourne, ou je le refuse. Quelquefois le traitement même peut être dangereux.

En somme, quand un sujet est manifestement atteint de rétrécissement de l'urèthre, il est plus prudent de l'ajourner.

M. Brouardel. — Autrefois, Gosselin disait qu'un homme atteint de rétrécissement de l'urèthre n'avait pas dix ans à vivre. Les choses ont bien changé ; l'antisepsie, les progrès de la technique chirurgicale, ont singulièrement amélioré le pronostic des rétrécissements. J'accepte donc les conclusions très optimistes que nous présente M. Guillon, cependant je les mitigerais de quelques-unes des réserves formulées par M. Mauriac. On peut accepter un homme qui a été atteint de sténose uréthrale, mais encore faut-il qu'il ait été *traité* par un bon chirurgien, et *guéri*. N'est-ce pas l'avis de M. Guillon lui-même?

M. Guillon. — J'ai déjà suivi un grand nombre de malades traités pour un rétrécissement de l'urèthre. Tous ont guéri, et leur guérison s'est maintenue pendant un temps indéfini.

Je considère donc comme acquise la curabilité des rétrécissements de l'urèthre.

Quant à l'objection faite par M. Mauriac qu'on peut diagnostiquer un rétrécissement lorsqu'on voit le sujet uriner goutte à goutte, je ne crois pas qu'elle soit très concluante.

Combien d'hommes se trouvent dans l'impossibilité absolue d'uriner quand on les regarde !

M. Mauriac. — Je reconnais là une difficulté réelle, mais ce n'est pas une raison pour négliger d'observer ceux qui peuvent uriner devant témoin.

Si je constate des difficultés de la miction ou si le candidat en avoue, j'ai de la méfiance, et je préfère les ajourner jusqu'à complète guérison.

Je ne porterais pas un pronostic aussi favorable que le fait M. Guillon, sur un homme dont les voies urinaires ne seraient pas libres.

M. Guillon. — Comment peut-on le savoir, sans exploration directe du canal?

M. Weill Mantou. — Il n'est pas exceptionnel de voir des candidats à l'assurance qui avouent un rétrécissement de l'urèthre. Ils disent avoir consulté un spécialiste, mais ils ne se sont pas fait soigner. En présence d'un aveu aussi formel ou bien lorsque l'on voit l'urine sortir goutte à goutte du canal, je crois que l'on pourrait demander l'avis d'un spécialiste avant de les accepter.

M. Guillon. — Je suis d'accord avec M. Weill-Mantou. Si un examen antérieur, fait par un *médecin compétent*, a appris au proposant qu'il a l'urèthre rétréci, on peut en tenir compte, et l'ajourner.

Je dis simplement que, sans examen fait à l'aide d'une sonde, on ne peut pas faire le diagnostic de rétrécissement. En cas de soupçon, il faut demander un supplément d'enquête.

M. Brouardel. — C'est là, je crois, l'amendement qu'il faut ajouter aux conclusions de M. Guillon.

M. Mahillon. — Je pense que les rétrécissements urèthraux n'ont pas une très grande importance, au point de vue de l'assurance.

Néanmoins on ne saurait en faire abstraction dans les questionnaires, et il est bon que l'attention du médecin soit appelée sur ce point :

Dr Sierra (de Bilbao). — Je suis entièrement d'accord avec M. Guillon sur les rétrécissements de l'urèthre. En effet, les Compagnies feraient mieux de ne pas se préoccuper de cette question. Je retourne dans mon pays tout à fait enchanté des discussions auxquelles j'ai eu l'occasion d'assister ici, admirablement dirigées par notre président et par notre secrétaire général. On y a traité des sujets très intéressants pour le médecin d'assurances, surtout en ce qui concerne les risques tarés; on y a présenté des travaux de grande utilité, d'application pratique immédiate; cependant, peut-être, quelques questions ont eu un caractère trop théorique, trop scientifique. J'envie nos savants confrères qui ont recommandé l'usage du spiromètre et du radioscope, parce qu'ils vivent dans un pays où sont possibles ces moyens d'investigation; dans le mien, où les assurances sur la vie ne sont pas encore dans les mœurs, c'est absolument impraticable. Il en est de même de l'examen de l'urèthre et de l'emploi du spéculum pour la femme. Nous ne trouverions pas un seul sujet, homme ou femme, qui, pour faire une assurance, se prêterait à cette sorte d'investigation. Nous avons même de grandes difficultés pour faire l'analyse de l'urine, surtout dans les villes de province.

M. le Président. — Je mets aux voix les conclusions de M. P. Guillon en ajoutant, à titre d'amendement, une 5e conclusion :

Lorsque le médecin examinateur croit qu'il existe des troubles des fonctions urinaires, il doit demander un supplément d'enquête.

Les conclusions ainsi modifiées sont mises aux voix et adoptées à l'unanimité.

M. le Président. — Messieurs, nous avons reçu quelques jours avant l'ouverture du Congrès une note de M. le Dr Torkomian, de Constantinople, dont notre secrétaire général va vous donner lecture; elle sera publiée dans les comptes rendus du Congrès.

LES ALBUMINURIQUES ET LES ASSURANCES SUR LA VIE

par le docteur Vahram TORKOMIAN,

de Constantinople,

Médecin-expert de la compagnie « l'Union de Paris », Président du Comité ottoman de l'Association internationale des médecins-experts des Compagnies d'assurances.

M. le Secrétaire général. — Voici la communication de M. Torkomian :

Au moment où l'albuminurie, au point de vue des assurances sur la vie, est à l'ordre du jour, je me permets de relater devant le 3e Congrès international des médecins de Compagnies d'assurances sur la vie, l'observation suivante, qui n'est pas sans intérêt et qui me paraît être en faveur de l'admissibilité des albuminuriques.

Le nommé Arsène Mérhamétdjian, pharmacien à Constantinople, qui vient de succomber récemment à une attaque d'urémie, à l'âge de 33 ou 34 ans, était atteint, en 1892, d'un mal de Bright consécutivement à une scarlatine qu'il avait eue dans le mois de janvier de 1892. Après un traitement de quelques mois, A. Mérhamétdjian se rétablit de son mal, l'état général s'améliore, les œdèmes disparaissent, et il se sent tellement bien, qu'il recommence même à suivre les cours de pharmacie à l'école de médecine civile de Constantinople, qu'il fréquentait déjà comme étudiant.

Au milieu d'une santé parfaite, A. Mérhamétdjian avait, paraît-il, dans ses urines une quantité notable d'albumine, dont il n'était cependant pas du tout incommodé.

Le 6 novembre 1893, Arsène Mérhamétdjian, reçu déjà pharmacien, se présentait chez moi de la part de la direction, à Constantinople, de la Compagnie « l' Union », de Paris, pour être examiné au point de vue d'une assurance sur la vie. Il était d'une santé des plus parfaites; je ne découvris rien du tout, ni dans les poumons, ni dans le cœur; la vue était bonne ainsi que tous les autres organes des sens; il avait un très bon estomac; le foie et la rate se trouvaient dans un état normal; aucun œdème nulle part. Malgré tout cela, il avait une quantité assez notable d'albumine dans ses urines que décelait l'examen par la chaleur, et que je vérifiai aussi, soit par l'acide acétique, soit par l'acide nitrique et même par l'acide picrique. Mérhamétdjian, ayant vu que l'albumine de ses urines attirait mon attention, me raconta alors que l'albuminurie était chez lui comme une chose normale; car, depuis sa néphrite albumineuse de 1892, il l'a toujours conservée, et, malgré un régime lacté exclusif, malgré tous les traitements possibles, l'albumine ne disparaissait pas définitivement.

Vu l'état excellent de la santé de ce jeune pharmacien, l'intégrité de tous ses organes, sauf cette albumine, et après avoir pris l'avis de mon regretté collègue, le Dr J. Mahé, de l'Ambassade française à Constantinople, j'ai conclu favorablement dans mon rapport; mais la Compagnie de l'Union n'a pas voulu donner une suite favorable à mon rapport, et Arsène Mérhamétdjian a été refusé d'emblée.

Après avoir été refusé par la Compagnie d'assurances, Ar. Mérhamétdjian s'est confié à mes soins, et pendant deux années consécutives j'ai eu à le traiter par tous les moyens possibles pour enrayer dans ses urines l'albumine, qui restait toujours réfractaire, sans présenter le moindre inconvénient et sans porter aucun préjudice à la santé générale de Mérhamétdjian.

Au bout de deux ans, las de mes soins et de mes traitements infructueux, Mérhamétdjian m'abandonna, et depuis je n'ai jamais eu l'occasion de le traiter et de surveiller l'état de ses urines, la quantité et surtout la qualité de l'albumine, qui a toujours été une *terra incognita*, malgré l'examen de plusieurs chimistes de Constantinople.

Je le voyais de temps à autre : il me disait avoir toujours la même quantité d'albumine dans ses urines, et se trouver en très bonne santé; en 1900, il se présenta à une autre Compagnie d'assurances, qui le refusa d'emblée pour la présence de l'albumine dans ses urines, et Mérhamétdjian continua à vivre en exerçant sa profession de pharmacien.

Au commencement de cette année-ci, il a le malheur de perdre son frère aîné, également pharmacien, et il en est très profondément ému et affligé.

Quelque temps après la mort de son frère, Arsène Mérhamétdjian tombe malade avec une céphalalgie et une fièvre intense; les urines diminuent, l'albumine augmente sensiblement et, après un état qui dure à peu près deux mois, il succombe à un coma urémique dans le mois de mars dernier, après avoir vécu près de dix ans avec son albumine et ayant une santé tout à fait irréprochable.

Des observations analogues ont été maintes fois présentées par des médecins éminents et beaucoup plus compétents que moi; et je pourrais citer nombre d'exemples d'albuminuriques qui vivent depuis une quinzaine et une vingtaine d'années.

En présence d'un pareil état de choses, ne serait-il pas permis désormais de ne plus considérer comme une cause de refus, et comme un syndrome dangereux, l'albumine dans les examens des assurances sur la vie, surtout quand, avec l'albumine, le sujet ne présente aucune autre altération appréciable de sa santé générale, et quand il promet d'atteindre le terme moyen de la vie des personnes de son âge.

Mérhamétdjian a vécu plus de dix ans, et il aurait vécu certainement encore plus longtemps, s'il était resté exempt de la grande perturba-

tion du système nerveux que la mort prématurée de son frère aîné lui a causée inopinément.

M. le Président. — En dehors de cette intéressante observation de M. le Dr Torkomian, le Bureau a reçu trois notes de M. le Dr Manfred Bial de Kissingen :

a) Étude sur la Pentosurie;

b) Diagnostic de la Pentosurie;

c) Recherches sur la Pentosurie, en collaboration avec le Dr Blumenthal.

Ces travaux faits dans le laboratoire du professeur Leyden ont paru déjà dans divers journaux allemands[1]; ils ne peuvent donc être publiés dans nos comptes rendus.

Pendant la discussion du rapport de M. le Dr P. Guillon, M. G. Trouillot, Ministre du commerce de la République française, entre dans la salle des séances accompagné de M. H. Paulet, directeur de l'Assurance et de la Prévoyance sociales au Ministère du commerce.

Sur l'invitation de M. Brouardel, il vient prendre place au bureau, à la droite du Président.

M. Brouardel :

Messieurs,

M. le Ministre du commerce, ayant été empêché de présider la séance d'ouverture du Congrès, a tenu à vous rendre visite, témoignant, par sa présence au milieu de vous, de l'intérêt que lui inspirent vos travaux.

Nous sommes très touchés, Monsieur le Ministre, de votre bienveillante sollicitude, et je vous en remercie au nom de tous les membres du Congrès et en mon nom personnel.

Monsieur le Ministre, Messieurs,

J'ai assisté, dans ma vie, à beaucoup de Congrès, je n'ai jamais vu de réunion plus sérieuse et plus laborieuse que celle que je viens d'avoir l'honneur de présider. Dans la plupart des Congrès, chaque membre se contente d'apporter sa communication et se retire généralement après avoir assisté à une ou deux discussions qui l'intéressent particulièrement. Ici, l'assiduité aux séances a été la règle, et la part active qu'un grand nombre de nos collègues ont prise aux débats montre le zèle éclairé, la conviction généreuse avec lesquels ils s'occupent de ces questions d'assurances qui leur sont si bien connues.

Il ne s'agissait pas de faire connaître des découvertes nouvelles.

1. *Zeitschrift für Klin. Medicin*, 39, Bd II. 5 u. 6, Ueber Pentosurie.

Vous veniez, Messieurs, travailler en commun à une œuvre humanitaire bien digne des efforts que vous lui avez consacrés.

L'idée directrice de ces Congrès est due à notre collègue, M. le Dr Poëls, de Bruxelles, qui cherchait à fournir des bases plus précises à l'expertise médicale, en même temps qu'il voulait faire bénéficier de l'assurance un certain nombre de sujets que leur santé chancelante, ou suspecte, en excluait jusqu'ici.

Depuis le premier Congrès de Bruxelles (1899), nous avons tous compris qu'il y avait quelque chose d'utile à faire dans cette voie, et nous avons tous songé aux moyens qu'il convenait d'employer pour donner l'extension la plus large à l'assurance sur la vie.

Le Comité d'organisation du Congrès de Paris a franchement orienté les travaux du Congrès dans cette voie. Il a cru devoir consacrer la plus grande partie de ses efforts à l'étude des *risques tarés*.

Vous avez répondu à son appel, et les travaux qui viennent d'être lus et discutés dans nos réunions ont fait faire un grand pas à la question qui nous occupe.

J'ai l'impression que nous avons accompli de bonne besogne et que bientôt l'assurance sera ouverte à un grand nombre de déshérités de la santé à qui elle était interdite.

Je remercie encore Monsieur le Ministre de nous avoir apporté ses encouragements et son approbation.

Je vous remercie tous de votre active et précieuse collaboration, et j'adresse en votre nom et au mien tous nos remerciements à notre secrétaire général, M. A. Siredey, qui a consacré tant de temps et de travail à l'organisation de notre Congrès.

(*Applaudissements répétés.*)

M. G. Trouillot, Ministre du commerce :

Messieurs,

En faisant acte de présence parmi vous, j'ai voulu vous apporter mes excuses et mes félicitations.

Au moment de présider votre première réunion, j'ai été délégué pour représenter le Gouvernement de la République à une cérémonie, et je n'ai pu me dérober à cette mission. C'est cette circonstance qui m'a obligé à vous manquer de parole, et j'ai tenu à m'en excuser aujourd'hui. J'ai compris toute l'importance de vos travaux, qui tendent à rendre l'assurance plus accessible, plus humaine. Votre œuvre doit compter parmi les plus utiles; elle présente un intérêt individuel, familial et social, qui mérite toute ma sympathie et mes bien vives félicitations.

(*Applaudissements.*)

M. le Ministre. — J'ai le regret, Messieurs, d'être, en ce moment

même, appelé à la Chambre des députés par une discussion importante, et je suis obligé de me retirer, mais je désire vivement être tenu au courant des travaux que vous aurez accomplis.

M. le Président. — Je vous remercie, Monsieur le Ministre, des paroles aimables que vous venez de nous adresser et de la démarche bienveillante que vous avez faite en quittant pour nous la séance de la Chambre.

Nous aurions été heureux de vous voir au milieu de nous le jour de l'ouverture du Congrès. Mais nous n'aurions pu alors vous soumettre que nos espérances, tandis que nous avons aujourd'hui la satisfaction de pouvoir vous montrer les progrès, dont la réalisation sera due au Congrès de Paris. Notre Secrétaire général vous remettra, Monsieur le Ministre, le volume des Comptes rendus du Congrès.

M. le Ministre se retire.

M. le Président. — La parole est à M. Siredey, secrétaire général.

M. A. Siredey :

Messieurs,

En vous souhaitant la bienvenue, il y a quelques jours, je n'avais pas craint de vous communiquer prématurément l'excellente opinion que m'inspirait l'œuvre scientifique de notre Congrès.

Vous avez tenu à réaliser mon pronostic, et je vous en remercie, Messieurs. Tous les rapporteurs, ainsi que ceux d'entre vous qui ont pris part aux discussions, se sont montrés à la hauteur de leur tâche ; et de vos communs efforts résultera quelque bien, je pense.

Les rapports présentés au IIIe Congrès ne forment qu'un volume de 200 pages! A peine ce petit livre avait-il vu le jour que je recevais, de divers côtés, à son sujet, des compliments et des encouragements qui ressemblaient singulièrement à des condoléances. « L'enfant paraît un peu frêle, mais il vivra, » me disait l'un. « L'importance d'un ouvrage ne se mesure pas à son poids, » insinuait l'autre, en guise de consolation. Certains de nos collègues le considéraient en vérité comme un simple risque taré!

Ces critiques, d'ailleurs très légères, et faites du ton le plus aimable, ne m'ont pas ému un instant. Ayant lu plusieurs fois vos mémoires, alors que j'en corrigeais les épreuves, je les connaissais assez pour les apprécier à leur juste valeur.

Malgré son apparence peu imposante, ce modeste volume est sorti, à son avantage, de l'examen public que vous lui avez fait subir, et vous l'avez classé, franchement, parmi les risques sains, de bon aloi, que vous acceptez sans clause restrictive.

Aussi, Messieurs, est-ce pour moi une agréable mission de vous

présenter, aujourd'hui, une revue de vos travaux, et de vous montrer les résultats satisfaisants auxquels vous êtes arrivés.

Trois rapports étaient consacrés à des questions purement techniques, visant le mode d'examen des candidats aux assurances.

L'attention que vous avez consacrée à l'étude de ces rapports, le soin minutieux avec lequel vous en avez discuté les détails, témoignent du zèle consciencieux que vous apportez dans vos expertises. Votre désir d'étendre les limites de l'assurance ne vous fait négliger aucun des moyens que vous jugez propres à faciliter et à préciser le diagnostic des moindres lésions.

M. Snellen vous a signalé l'importance des mensurations du thorax; en les comparant au poids des sujets, il en déduit une formule qui permet de soupçonner la prédisposition à la tuberculose pulmonaire.

Est-il préférable de mesurer le sujet debout, ou couché, les bras relevés sur la tête, ou tombant le long du corps ? Cruelle énigme, qui n'a été résolue qu'à une faible majorité, mais dont la discussion montrait bien le soin méticuleux avec lequel vous étudiez dans leurs moindres particularités les diverses méthodes d'examen que vous jugez propres à vous éclairer. M. Snellen ne demandait qu'une mesure de la circonférence thoracique. Vous en avez réclamé trois, pour l'inspiration maxima, pour l'expiration maxima et la troisième pour la période intermédiaire, de repos; c'est celle-là seulement qu'emploie l'auteur pour établir l'indice de vitalité.

Mon ami Béclère vous a démontré l'utilité de la radioscopie en matière d'assurances. Il est probable que, dans un avenir peu éloigné, ce mode d'exploration prendra rang parmi les procédés communs de la clinique, au même titre que l'ausculation et la percussion, dont il ne saurait être séparé d'ailleurs pour l'exploration des poumons, du cœur et des gros vaisseaux.

Dès aujourd'hui la radioscopie devrait être exigée chaque fois qu'il s'agit d'une assurance importante, et que le médecin-expert conçoit des doutes sur l'intégrité des organes thoraciques.

Les frais que les compagnies d'assurances s'imposeraient de ce chef seraient largement compensés par les avantages incontestables qu'elles en retireraient, au point de vue de la sécurité de leurs opérations.

Avec le rapport de mon ami Weill-Mantou, la discussion a été ouverte de nouveau sur un sujet longuement étudié au Congrès d'Amsterdam, et en particulier sur les examens gynécologiques à propos des assurances.

La première partie du rapport de notre collègue tendant à l'intervention d'un spécialiste chaque fois que le médecin examinateur reconnaît son intervention nécessaire, n'a pas rencontré beaucoup de contradicteurs. Mais une discussion très vive s'est élevée au sujet des examens gynécologiques.

M. Mahillon, justement préoccupé par quelques faits particuliers dont il a été témoin, insistait sur les erreurs auxquelles peut entraîner la mauvaise foi de certaines personnes. Des femmes atteintes d'affections graves de l'utérus ou des annexes ont été admises sans examen, parce qu'elles avaient soigneusement caché dans leur interrogatoire tout trouble de l'appareil génital.

Pour éviter des fraudes de ce genre, il réclamait l'exploration systématique et obligatoire de ces organes. Cette proposition a été combattue par plusieurs d'entre nous et en particulier par votre secrétaire général, qui s'est efforcé de démontrer les inconvénients d'une pareille mesure, dont l'effet serait, assurément, d'éloigner les femmes de l'assurance. Conformément aux conclusions de M. Weill-Mantou, il a été décidé que l'examen génital ne serait imposé que lorsque le médecin-expert le jugerait indispensable.

Dès votre première séance, vous avez manifesté votre sollicitude en faveur des risques tarés, en acceptant, ainsi que vous le proposait M. Lereboullet dans son excellente étude, les goutteux à diverses phases de leur maladie, non sans éliminer, bien entendu, ceux que des lésions viscérales ne permettent pas d'assurer.

Vous avez affirmé votre souci des intérêts qui vous sont confiés en disjoignant, pour une étude ultérieure plus approfondie, les inflammations aiguës des veines de leurs altérations chroniques, d'ailleurs bénignes, si bien décrites par M. Moritz.

En louant comme il le méritait le rapport de M. Grosse, vous avez insisté sur une surveillance plus prolongée des rhumatisants que ne vous le demandait M. Grosse, montrant une fois de plus votre prudence en présence de risques douteux.

Avec M. Mahillon, vous avez distingué l'asthme symptomatique de l'asthme nerveux simple des jeunes sujets, que celui-ci soit primitif ou secondaire, d'origine réflexe, le premier ayant une signification grave que l'on ne saurait attribuer au second.

M. Ed. Hirtz vous a mis en garde contre l'emphysémateux qui, sous des apparences de belle et bonne santé, dissimule traîtreusement des foyers tuberculeux, parfois mal éteints. Les procédés qu'il préconisait pour arriver à un diagnostic précis ont pu être discutés, mais ses conclusions dans leur ensemble ont rallié tous les suffrages.

Je ne veux pas effaroucher la modestie de mon ami P. Bourcy en répétant les éloges que vous m'avez faits, les uns et les autres, de son rapport sur les anciens pleurétiques. Ses conclusions, que vous avez votées à peu près sans discussion, résument très nettement tout ce que les données actuelles de la science permettent d'affirmer sur cette importante question, et elles établissent nettement les indications qui intéressent le médecin d'assurances.

Les très remarquables rapports de M. Poëls, de M. Rockwell, et de

M. Sven Palme, nous ont engagés à fond dans *les risques tarés*. Nous avons admis sans contestation la question de principe posée par M. Poëls, et ce n'est pas une chose indifférente que de voir des médecins de tous les pays affirmer *à l'unanimité* que l'admission de risques tarés, jusqu'ici considérés comme inacceptables, leur semble toute naturelle, et parfaitement réalisable.

Quels sont les risques que l'on pourra admettre, et à quelles conditions?

C'est là que commence la difficulté, et en voulant la trancher d'une façon sommaire, par un jugement hâtif, insuffisamment motivé, vous auriez compromis votre œuvre. Vous vous êtes bornés à émettre le vœu que les directeurs des Compagnies d'assurances entreprennent l'étude de cette question au point de vue technique.

Cette conclusion reste assurément très platonique, jusqu'à nouvel ordre; elle emprunte cependant une valeur toute particulière aux communications qui l'ont suivie, nous enseignant la manière de la réaliser.

Les primes d'assurances, comme chacun le sait, sont fixées d'après les moyennes de mortalité observées sur un nombre considérable de sujets. Or, les risques tarés n'ayant pas été, jusqu'ici, admis à l'assurance, on ne peut établir la prime qui leur convient, puisqu'on ne saurait l'appuyer sur aucune statistique. De la sorte, les assureurs et les médecins pourraient discuter longtemps, et se réclamer réciproquement des chiffres qu'ils se savent, l'un et l'autre, dans l'impossibilité de fournir.

Ceux d'entre nous qui demandaient une enquête sur l'avenir des refusés — enquête que compléterait avantageusement une étude des jeunes gens éloignés du service militaire ou réformés pour une tare quelconque — vous semblaient bien exigeants.

Or, les rapports de M. Rockwell et de M. Sven Palme sont venus nous prouver que, en Angleterre et dans les Pays Scandinaves, l'assurance des risques tarés est, depuis quelque temps déjà, sortie du domaine de la théorie pour entrer dans une phase pratique. On commence à réunir des statistiques ayant quelque valeur, et elles sont aussi satisfaisantes que suggestives.

Vous avez très sagement renoncé à discuter les procédés d'admission des risques tarés, ou à faire un choix parmi ceux que vous indiquait M. Rockwell, et, tout en félicitant l'auteur de son intéressant travail, vous l'avez invité à envoyer sa très intéressante communication au Congrès des Actuaires qui doit s'ouvrir prochainement à New-York. Vous avez voulu laisser à chacun sa besogne et éviter d'empiéter sur un domaine administratif que nous connaissons insuffisamment. En même temps, vous souhaitiez d'appeler l'attention des Actuaires sur cet important mémoire présenté par M. le docteur Rockwell au IIIe Congrès.

Combien nos réunions ne seraient-elles pas plus fécondes si les directeurs des Compagnies d'assurances et les actuaires consentaient à les suivre et à y prendre une part effective! En assistant à vos discussions, en voyant la conscience avec laquelle vous abordez l'étude de ces questions si complexes qu'éclaire votre longue expérience, les assureurs les plus timorés verraient se dissiper toutes leurs préventions, et ils n'hésiteraient pas à vous suivre dans la voie du progrès.

Vous avez décidé que l'Association internationale des médecins-experts ferait incessamment de pressantes démarches auprès des diverses Compagnies, pour les amener à favoriser toutes les recherches qui pourront être nécessaires, en s'inspirant des faits publiés par M. Rockwell et de ceux qui ont été étudiés par M. Sven Palme, ainsi que des intéressantes et très remarquables statistiques de la Gotha, présentées par M. Florschütz, suivies des statistiques plus modestes que nous a communiquées M. Petersen (de Saint-Pétersbourg).

La séance dans laquelle vous avez entendu et discuté ces diverses communications doit compter assurément pour la plus importante du IIIe Congrès.

Elle a non seulement établi le principe de l'admission des risques tarés, mais elle a indiqué nettement la voie qu'il convient de suivre si l'on veut réaliser, à ce point de vue, des progrès qui intéressent à la fois les assureurs et les candidats à l'assurance.

Les conclusions du rapport présenté par le Dr Tissier sur l'admissibilité des femmes enceintes vous ont paru un peu trop pessimistes. Envisageant la question au point de vue purement obstétrical, il lui a semblé que la grossesse et l'accouchement constituaient une très légère aggravation d'un risque normal, et comme il s'agit là d'une circonstance forcément passagère, il a pensé qu'il valait mieux surseoir à l'assurance.

La question vous est apparue sous un autre jour, parce que vous savez qu'un sursis équivaut souvent, en matière d'assurance, au rejet pur et simple, et vous avez songé qu'une femme enceinte méritait plutôt d'être encouragée à la prévoyance que d'en être éloignée. Le refus d'une femme en état de grossesse est d'ailleurs illogique, puisque l'assurance de toute femme nubile, dans les conditions ordinaires, implique l'acceptation possible du risque de grossesse, dans un délai plus ou moins rapproché.

Aussi vous avez conclu franchement à l'admission des femmes grosses, à quelque période qu'elles se trouvent, à condition, bien entendu, qu'il n'existe chez elles aucun motif d'élimination, que la grossesse ne ferait d'ailleurs qu'aggraver.

M. Van der Heide, dans une très bonne étude des risques au-dessus de 50 ans, montre la possibilité de les assurer, mais en faisant des réserves à cause de la fréquence relative du cancer et des autres tares cachées que l'on rencontre à cet âge.

Bien que la plupart des membres du Congrès soient volontiers plus optimistes, les conclusions du rapporteur ont été adoptées.

Le rapport de M. Garrigues a provoqué un intéressant débat à propos de la lithiase biliaire, sur le pronostic de laquelle les opinions sont très variées. Plusieurs de nos collègues nous ont dépeint les lithiasiques biliaires sous les aspects les plus sombres. La majorité s'est montrée moins sévère : elle a été d'avis d'accepter les lithiasiques dont les crises ne sont pas trop fréquentes, ne s'accompagnent d'aucun retentissement marqué sur la santé générale, et d'éliminer les lithiasiques dont les accidents sub-intrants sont de nature à créer une menace permanente. L'appréciation des lithiasiques opérés doit varier suivant les indications personnelles que l'on rencontre en présence de chaque cas particulier.

Pour la lithiase rénale, vous avez été plus rigoureux, malgré les conclusions favorables de M. Gillet. Il vous a semblé que tout ce qui peut supprimer ou compromettre les fonctions d'un rein (calcul enclavé, hydronéphrose, etc.) constitue une tare sérieuse.

Aussi la plupart des calculeux ne peuvent-ils, à votre avis, figurer que parmi les risques tarés, et un grand nombre d'entre eux seront d'emblée classés dans les risques graves, franchement inacceptables.

La discussion du rapport de M. Norton, sur l'obésité, a surtout mis en lumière l'insuffisance de nos connaissances sur la pathogénie de l'obésité et sur les conséquences qu'elle entraîne pour la santé générale. Aussi avez-vous très judicieusement décidé, conformément à la proposition de M. Poëls, que l'étude de cette question serait renvoyée au prochain Congrès.

Les excellents rapports de M. Schulthess et de M. P. Redard sur les déviations de la colonne vertébrale, accompagnés de pièces anatomiques et de moulages présentés par M. Schulthess, et agrémentés d'un très intéressant exposé de M. Redard, ont montré les troubles graves qui en résultent, du côté du cœur, des gros vaisseaux, et de l'appareil respiratoire.

Malgré la proposition favorable de M. le Dr Pouliot, vous avez conclu au refus des sujets atteints de mal de Pott, sauf de très rares exceptions. Cette exclusion est motivée par le double danger que créent la tuberculose rachidienne et les phénomènes de compression résultant de la déviation vertébrale. Pour les scolioses simples, les limites de l'acceptation sont très variables, et en rapport avec la gravité de la déviation, mais les sujets dont les déformations sont peu accentuées et sans danger pour les viscères thoraciques, peuvent être admis.

Bien que M. P. Guillon vous ait présenté le rétrécissement de l'urèthre sous l'aspect le plus engageant, puisque les progrès réalisés dans ces dernières années par la chirurgie des voies urinaires assurent

d'une façon à peu près certaine leur curabilité, vous avez fait quelques réserves sur leur admission, et vous avez estimé qu'il valait mieux les ajourner jusqu'à la guérison.

Cette esquisse, Messieurs, ne saurait donner une idée complète de vos travaux. Pour en faire apprécier toute l'importance, je voudrais pouvoir décrire, en quelque sorte, la physionomie de vos séances, montrer l'assiduité avec laquelle vous les suiviez, reproduire les discussions si intéressantes qui surgissaient à propos de chaque question et provoquaient de si instructives improvisations. Il y avait plaisir et profit à suivre vos débats, animés parfois, mais toujours empreints d'une courtoisie et d'une correction parfaites. Si nos confrères étrangers nous ont fait bénéficier largement de leurs connaissances spéciales, développées par une longue pratique des assurances, nos compatriotes ont montré que les notions de médecine générale et l'expérience clinique peuvent être avantageusement mises au service des assurances.

Permettez-moi, Messieurs, de vous adresser à tous mes vives félicitations, auxquelles je joins mes remercîments pour la bienveillance si aimable avec laquelle vous accueilliez votre secrétaire général, même quand il descendait des hauteurs administratives de sa charge pour prendre part à vos discussions.

Je remercie également notre cher président, M. le professeur Brouardel, les autres membres du Bureau, MM. Poëls, Lereboullet et, avec eux, les secrétaires, MM. Emery, Ch. Mantou et Schott, qui m'ont aidé si complaisamment dans ma tâche.

En somme, Messieurs, le bilan du IIIe Congrès doit vous donner pleine satisfaction; vous avez encouragé de nouvelles méthodes d'examen, de manière à assurer une précision plus grande du diagnostic.

Vous avez facilité l'admission des femmes enceintes, réhabilité des goutteux, d'anciens pleurétiques, des asthmatiques, des lithiasiques, et notablement accru, de la sorte, le domaine de l'assurance.

Certes, tous les sujets appartenant à ces diverses catégories ne pourront pas d'emblée profiter des œuvres de prévoyance, mais l'impulsion donnée par votre Congrès se fera sûrement sentir. Soyez certains qu'il y aura bientôt quelque chose de changé.

Stimulées par vos conclusions, les Compagnies établiront des bases sur lesquelles se fera le nouveau classement des risques, et la réforme que vous me demandez s'accomplira peu à peu.

Encourager la prévoyance, la faciliter, c'est diminuer d'autant la charge de l'assistance.

Voilà pourquoi, Messieurs, vos efforts ne sont pas seulement destinés à rendre service aux *déshérités de la santé*; ils seront profitables à tous, et c'est ainsi que vous réaliserez l'œuvre véritablement humanitaire et sociale que vous avez si noblement entreprise.

(*Applaudissements prolongés.*)

M. le Dr Florschütz :

Messieurs,

Au moment où prend fin l'intéressant Congrès de Paris, qui nous laissera, à tous, les meilleurs souvenirs, nous devons déjà nous préoccuper du IVe Congrès des médecins de Compagnies d'assurances. Je vous demande de fixer à Berlin le siège de notre prochaine réunion, et si vous acceptez ma proposition, je vous prie de retarder jusqu'en 1906 le Congrès qui, d'après les traditions, devrait avoir lieu en 1905.

Au cours de l'année 1906, nous aurons à Berlin un Congrès réunissant tous ceux qui s'occupent des diverses sciences concernant les Assurances sur la vie : jurisconsultes, actuaires, directeurs de Compagnies d'assurances. Il nous semble qu'il y aurait un grand intérêt à faire coïncider le Congrès des médecins d'assurances avec cette réunion. Chaque section pourra poursuivre ses travaux séparément, mais certaines questions générales, et surtout celles qui se rapportent aux risques tarés, gagneront à être discutées en commun.

C'est ce qui nous a déterminés, mes collègues allemands et moi, à vous demander de reporter le IVe Congrès à l'année 1906, et de choisir Berlin pour le siège de cette réunion.

(*Applaudissements.*)

M. Manès (de Berlin), docteur en jurisprudence et en économie politique, secrétaire général de l'Association allemande pour le développement de la science des assurances :

Messieurs,

C'est grâce aux relations internationales de l'assurance et de la médecine que ce Congrès s'est constitué. La pensée qui a servi de base aux fondateurs de ces Congrès était, je crois, qu'il y aurait un avantage immense, pour le bien-être de toutes les nations, à choisir un centre intellectuel, un marché, où les médecins d'assurances de tous les pays civilisés pourraient échanger les connaissances résultant de leur expérience individuelle. En médecine, comme dans toutes les autres manifestations de l'activité humaine, malgré la puissance intellectuelle de chaque individu, c'est seulement l'union d'un certain nombre d'intelligences qui constitue une force.

Messieurs, c'est une autre cause, mais une cause analogue, qui amena l'Association allemande pour le développement de la science des assurances à envoyer à votre Congrès, à côté des médecins, une personne étrangère à la profession médicale, mais qui appartînt aux Facultés de droit et d'économie politique. L'association allemande compte plus de sept cents membres qui appartiennent à toutes les Fa-

cultés des diverses sciences, des hommes faisant partie du gouvernement ou du bureau commercial, des professeurs de l'Université, des médecins, des avocats, des directeurs, ainsi que des hommes de lettres. Et parce que le principe de l'Association allemande consiste à cultiver toutes les branches scientifiques de l'assurance, nous avons fondé, il y a quelques mois, une section spéciale pour la médecine d'assurances. Mais ce n'est pas seulement cette section qui nous a chargés de vous apporter ses vœux les plus sincères pour le succès complet de vos importants travaux, ce sont aussi les membres de toutes nos sections qui ont suivi avec un intérêt intense l'œuvre des médecins d'assurances. Et c'est au nom de tous que nous vous invitons, messieurs, à venir à Berlin en 1906. Nous tenons à ce que cette réunion amène la fusion de toutes les diverses sciences qui concernent les assurances. Nous sommes convaincus qu'il sera utile pour les personnes étrangères à la médecine d'assurances d'avoir des connaissances médicales, et qu'il ne sera pas superflu que les médecins d'assurances aient quelques idées du droit, de l'économie politique et de la technique des assurances.

Aussi, je vous prie, messieurs, de vouloir bien agréer les félicitations de nos collègues allemands qui appartiennent aux branches diverses de la science des assurances, pour vos intéressants travaux ; et après l'invitation de M. le Dr Florschütz, de Gotha, qui a parlé au nom des médecins, j'ai l'honneur de vous inviter au nom des membres étrangers à la médecine qui font partie de notre Association.

Nous espérons avoir, à Berlin, en 1906, non seulement le Congrès international des médecins d'assurances, mais aussi le Ve Congrès international des Actuaires. Toutes les Facultés qui forment la science des assurances seront réunies dans ce Congrès, mais chaque section aura des séances spéciales et conservera son entière autonomie. Je crois qu'il sera très utile pour toutes les personnes qui s'intéressent à la science des assurances d'avoir l'occasion de faire connaissance avec le personnel technique. Nous vous promettons un accueil sincère, une réception cordiale et, messieurs, espérant que vous accepterez notre invitation, je vous dis seulement : au revoir, à Berlin ! (*Applaudissements.*)

M. le Président. — Acceptez-vous l'invitation de nos collègues, et êtes-vous d'avis de choisir Berlin comme siège du prochain Congrès ?

La proposition est adoptée à l'unanimité.

M. le marquis Paulucci de Carboli (délégué du gouvernement italien). — Messieurs, au nom de mes collègues, délégués étrangers, je vous remercie de l'excellent et cordial accueil que nous avons trouvé auprès de vous. Nous avons suivi avec un réel intérêt les travaux du

Congrès, et je vous prie de recevoir l'expression sincère de nos bien vives félicitations.

(*Applaudissements.*)

M. Poëls. — Messieurs, au nom de tous les membres étrangers du Congrès, j'adresse nos remerciements à M. le professeur Brouardel, qui, malgré ses nombreuses occupations, a présidé si régulièrement nos séances. Nous avons tous admiré la façon magistrale dont il a dirigé nos débats, et nous garderons le meilleur souvenir de son aimable bienveillance.

Je tiens à exprimer aussi à notre sympathique Secrétaire général, M. le Dr Siredey, tous nos remerciements et nos félicitations pour le succès du Congrès auquel il a si largement contribué.

Que tous nos collègues français reçoivent également l'expression de notre gratitude, pour le cordial accueil que nous avons trouvé auprès d'eux.

(*Applaudissements prolongés.*)

M. le Président. — Messieurs, je suis très touché des excellentes et flatteuses paroles que viennent de nous adresser M. Poëls et M. de Carboli. Je les en remercie bien vivement, au nom de mes collègues et en mon nom.

Vous avez rendu la tâche de votre Président aussi facile qu'agréable. Je n'ai jamais vu de réunion plus cordiale, et je n'ai jamais suivi de discussions plus courtoises et plus paisibles.

L'œuvre de votre Congrès est considérable, et vous pouvez emporter la satisfaction d'avoir fait de bonne besogne, puisque tous les progrès que vous aurez réalisés seront utiles à l'humanité.

J'ai suivi vos travaux avec un vif et constant intérêt, et j'ai beaucoup appris. Je vous remercie tous, messieurs, de la part si active que vous avez prise à nos séances et de la collaboration si fructueuse que vous avez apportée à notre réunion.

Je déclare clos le IIIe Congrès des médecins de Compagnies d'assurances.

VOEUX ET CONCLUSIONS VOTÉS

PAR LE TROISIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DES MÉDECINS DE COMPAGNIES D'ASSURANCES

I

RISQUES TARÉS

Considérant le grand intérêt scientifique et humanitaire *de la question des risques tarés*, les membres du IIIe Congrès international des médecins de Compagnies d'assurances émettent le vœu de voir les *Directeurs de Compagnies d'assurances entreprendre l'étude de cette question au point de vue technique.*

II

GOUTTE

1° Les sujets atteints de *goutte* ou *prédisposés à la goutte* peuvent être admis à contracter une assurance sur la vie, surtout s'*ils sont âgés de plus de trente-cinq ans*, s'*ils ne présentent aucune lésion viscérale*, et si *leur hygiène est bonne.*

2° Les *goutteux jeunes* ne doivent pas être acceptés aux conditions ordinaires, mais on peut les admettre d'après un *tarif spécial.*

3° On devra refuser les *goutteux*, si leur maladie s'est déjà caractérisée par des *accidents qui s'aggravent progressivement*, et surtout si elle a déterminé des *lésions cardio-vasculaires* ou *rénales persistantes.*

III

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

1° D'une manière générale, la prédisposition au rhumatisme articulaire aigu doit être considérée comme un fâcheux élément de pronostic pour la longévité.

2° On *peut assurer* sans crainte les sujets qui n'ont eu qu'*une seule*

attaque de rhumatisme articulaire aigu, dont l'hérédité, à ce point de vue, n'est pas trop chargée, et chez lesquels il n'existe aucune complication du côté de l'appareil circulatoire.

3° Dans les cas où se sont déjà produites des *récidives*, il est bon d'*attendre deux ou trois années* après la dernière crise, et de n'accepter l'assurance qu'à des *conditions spéciales*. Le médecin-expert pourra d'ailleurs prolonger ce délai s'il le juge insuffisant.

IV

ASTHME

1° Les *asthmatiques* au-dessous de trente-cinq à quarante ans, *indemnes d'artériosclérose* et de *troubles cardiaques*, *peuvent être acceptés* pour une assurance à terme limité, et même pour une assurance vie entière, à condition :

a) Qu'ils ne présentent aucun antécédent ou aucun signe de *tuberculose*.

b) Qu'ils ne paraissent pas exposés à la *contagion tuberculeuse* par le fait de leur entourage.

c) Qu'ils ne toussent pas, n'expectorent pas d'une façon habituelle.

d) Et que leur profession ne les expose pas à des récidives continuelles.

2° Les asthmatiques ayant dépassé quarante-cinq ans ne sont pas acceptables :

a) S'ils sont *obèses* et suspects de *surcharge graisseuse* du cœur.

b) S'ils sont atteints de *troubles cardiaques* ou d'*artériosclérose*.

c) S'ils ont de la *bronchite chronique*.

3° Quelques-uns de ces sujets, toutefois, pourraient rentrer dans la catégorie des risques tarés, admissibles à des conditions spéciales.

V

EMPHYSÈME

1° On doit tenir pour *mauvais* un *emphysémateux* dont les sommets donnent une tonalité élevée et une résistance au doigt, à la percussion, et dont l'état général est médiocre.

On doit tenir pour *suspect* tout *emphysémateux* qui, à l'investigation spirométrique, donne moins de 2000 centimètres cubes.

2° On doit considérer comme *inacceptable* tout *emphysémateux* qui, à la mensuration du périmètre thoracique, donne moins de trois centimètres de différence dans l'inspiration et l'expiration forcées, chez qui *l'état du cœur et des artères n'est pas normal*.

VI

PLEURÉSIES

1° Les *pleurésies* dont la *cause aura été bien établie*, ou survenues à titre d'épiphénomène ou de complication au cours d'une maladie définie, les pleurésies non tuberculeuses, en un mot, *ne diminueront pas sensiblement la valeur du risque*, sous la condition expresse :

a) Que la guérison aura été complète et confirmée par un laps de temps suffisant;

b) Qu'il ne subsistera aucun reliquat suspect ou capable de compromettre le fonctionnement normal des autres organes.

2° Il en sera de même pour les *pleurésies purulentes* guéries, même au prix d'une intervention chirurgicale importante, sous les mêmes réserves.

3° La *pleurésie essentielle*, *primitive* ou « *a frigore* » (*pleuro-tuberculose*), *n'entraînera pas de plano le refus* de la proposition, mais diminuera toujours la valeur du risque.

L'admission ne pourra être conseillée qu'en l'absence, dûment constatée, de tout indice suspect, et après examen raisonné des éléments d'appréciation, variables pour chaque cas particulier, tirés des antécédents personnels et héréditaires, de l'âge, du sexe, des habitudes hygiéniques ou professionnelles, du genre de vie, de la date de la pleurésie antérieure.

En cas d'hésitation, la prudence exigera un ajournement à terme, variable, mais toujours relativement éloigné.

VII

LITHIASE BILIAIRE

1° Les antécédents *de lithiase biliaire*, dans un *passé éloigné de 3 ou 4 ans, ne constituent pas un motif de refus ou d'ajournement* quand l'examen des divers organes est, en tous points, satisfaisant.

2° Les sujets qui ont subi une *opération pour lithiase* du côté des voies biliaires, *pourront être acceptés 3 ou 4 ans après*, à condition que la guérison n'ait été interrompue par aucun accident nouveau.

VIII

LITHIASE RÉNALE

1° D'après les données cliniques, on peut, sans risque particulier, *admettre à l'assurance* sur la vie toute personne qui, indemne

de toute autre tare, ne présentant rien d'anormal du côté des urines, n'ayant subi, du côté des reins, aucune opération chirurgicale, accuserait, dans ses antécédents, des *accidents de lithiase rénale*, en particulier la colique néphrétique, lorsque les dits accidents n'ont donné lieu à *aucun genre de récidive*, sous quelque forme que ce soit, depuis un laps de temps minimum de 3 ans, et maximum de 5 ans.

L'existence assurée d'un traitement hydro-minéral convenable pourrait être comptée en faveur du postulant.

2° Les *lithiasiques* qui auront subi des *opérations chirurgicales du côté des reins* ne *pourront être admis* à l'assurance.

IX

RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE

1° En général, les *rétrécissements de l'urèthre* ne doivent *pas être un obstacle* à l'assurance sur la vie.

2° Seuls les *rétrécissements traumatiques* doivent *être refusés* s'ils n'ont pas été opérés et examinés longtemps après l'opération, ou ajournés pour attendre le résultat de l'intervention qu'ils auraient nécessitée.

3° Les *rétrécissements compliqués* de lésions concomitantes (abcès urineux, infiltration d'urine, fistules, etc.), pourront être considérés comme « *risques tarés* » ou *ajournés jusqu'à guérison* des complications.

4° Pour les *rétrécissements inflammatoires simples*, ils sont curables : leur pronostic, après un *traitement rationnel*, est bon; ils doivent être acceptés à l'assurance après guérison.

5° Lorsque le médecin examinateur croit qu'il existe des *troubles des fonctions urinaires*, il doit demander un *supplément d'enquête*.

X

GROSSESSE

Le IIIe Congrès des médecins de Compagnies d'assurances considérant qu'il n'y a pas, *au point de vue médical*, de raisons sérieuses pour refuser les *femmes enceintes normalement constituées* et *exemptes de complications*, est d'avis que les Compagnies d'assurances *peuvent les accepter*, tout en prenant les précautions qu'elles jugeront nécessaires pour éviter les tentatives de spéculation.

XI

ASSURANCE DES CANDIDATS AU-DESSUS DE CINQUANTE ANS

Les candidats au-dessus de cinquante ans *peuvent être admis à l'assurance dans les conditions ordinaires*, quand il n'existe chez eux aucune tare rédhibitoire.

On devra surtout se préoccuper de l'état de l'*appareil circulatoire* et des *fonctions rénales*.

Le médecin-expert devra rechercher également avec soin s'il n'existe pas chez eux de *cancer latent*, du côté de l'*œsophage*, du *rectum*, etc.

On devra tenir compte également des *antécédents familiaux* au point de vue du *cancer* et de l'*apoplexie*.

XII

DÉFORMATION DE LA COLONNE VERTÉBRALE ET DU THORAX

1° Les *déformations du squelette* occasionnées par le *mal de Pott*, siégeant à la région dorsale ou à la région lombaire, *ne permettent pas l'admission à l'assurance*, en raison du double danger qui résulte à la fois de la *tuberculose* et de la *déviation de la cage thoracique*.

2° Les *scolioses* simples, qui s'accompagnent de *gêne mécanique des poumons*, du *cœur* et des *gros vaisseaux*, *entraînent le refus*.

3° Les *scolioses* peu *accentuées* ne provoquant pas de *phénomènes de compression* du côté des *viscères thoraciques* sont *acceptables*.

XIII

TUBERCULOSE DES OS ET DES ARTICULATIONS

Un certain nombre de personnes ayant été atteintes de *tuberculose des os et des articulations*, et qui ont *subi une intervention chirurgicale* consistant en une excision très large des foyers morbides, *pourraient être admises à l'assurance sur la vie*.

L'acceptation de ces personnes ne *pourrait avoir lieu* qu'à des *conditions spéciales*.

Il est nécessaire de faire des recherches dans le but de réunir des éléments de statistique sur les points suivants :

1° Quelle est la mortalité chez les personnes qui ont été atteintes de tuberculose des os ou des articulations et qui n'ont pas été opérées?

2° Quelle est en moyenne la longévité de ces personnes?

3° Pendant combien de temps la guérison spontanée, par cicatrisation, s'est-elle maintenue?

4° Quelle est la mortalité parmi les personnes qui ont été atteintes d'une tuberculose des os ou des articulations et qui ont été opérées?

5° Quelle est en moyenne la durée de l'existence de ces personnes?

6° Pendant combien de temps la guérison s'est-elle maintenue après l'opération?

XIV

AFFECTIONS CHRONIQUES DES VEINES

Les *hémorroïdes*, le *varicocèle* et les *varices des membres inférieurs* ne constituent pas, en général, une contre-indication à l'assurance.

Le Congrès émet le vœu que la *valeur séméiologique des varices symptomatiques*, *unilatérales* et *bilatérales* et l'*étude de l'importance des phlébites antérieures* soient mises à l'ordre du jour du IVe Congrès.

XV

OBÉSITÉ

Le Congrès émet le vœu que l'étude de l'Obésité soit mise à l'ordre du jour du IVe Congrès.

XVI

INDICE DE VITALITÉ BASÉ SUR LES MENSURATIONS DU THORAX ET DE L'ABDOMEN

1° Les rapports entre la *taille*, la *circonférence thoracique* et le *poids*, sont importants au point de vue de l'estimation des chances de longévité. Il faut une statistique très étendue pour l'appréciation de la valeur précise de ces rapports.

2° Ces rapports rapprochés de l'hérédité et de la profession des proposants doivent influencer les conclusions des médecins-experts (refus, admission, application de conditions différentes d'admission).

3° L'uniformisation et la concentration des statistiques sont de nature à fournir les éléments nécessaires pour préciser davantage ces rapports.

4° Dans ce but, l'emploi de tableaux uniformes serait très utile. Il y a lieu de créer un bureau central de statistique.

5° Il est désirable que l'estimation du poids se passe d'une manière précise et non pas au jugé.

6° La mensuration de la circonférence thoracique doit être faite pendant le repos respiratoire.

7° En dehors de cette mensuration servant à fixer *l'indice de vitalité*, il sera toujours utile de *mesurer le périmètre thoracique dans l'inspiration maxima*, dans *l'expiration maxima* et *au repos*.

XVII

IMPORTANCE DE L'EXAMEN RADIOSCOPIQUE

1° Les rayons de Röntgen constituent un merveilleux instrument de diagnostic capable de rendre aux Compagnies d'assurances sur la vie de grands services;

2° L'*examen radioscopique du thorax*, qui peut *révéler* certaines *affections latentes de l'appareil respiratoire* et de l'*appareil circulatoire*, inaccessibles aux procédés habituels d'exploration, représente, chez les candidats à l'assurance sur la vie, le principal mode d'emploi des rayons de Röntgen;

3° L'examen radioscopique du thorax est particulièrement indiqué quand il y a doute sur l'existence d'une *tuberculose pulmonaire*, d'une *hypertrophie cardiaque* ou d'un *anévrisme aortique*, ainsi que dans tous les cas où, en raison de l'*importance exceptionnelle de l'assurance*, le candidat doit être examiné par deux médecins.

XVIII

INTERVENTION DES SPÉCIALISTES

1° Il ne faut pas songer à faire pratiquer, *systématiquement*, par *une série de spécialistes*, l'examen de tous les organes de chaque proposant.

2° Il n'y a pas lieu de faire *systématiquement* procéder par un *spécialiste* à l'examen d'un organe, toutes les fois qu'un antécédent morbide s'est manifesté du côté de cet organe.

3° *L'intervention des spécialistes* dans les expertises d'assurances sur la vie ne trouvera sa justification que lorsque des symtômes *spéciaux attireront l'attention sur un organe déterminé*, et que cette *intervention sera réclamée par le médecin examinateur* ou par les *conseils médicaux*.

4° *Les examens gynécologiques* ne font pas exception à la règle commune.

L'examen génital est *indispensable* lorsqu'il y a lieu de *soupçonner* une *affection de l'utérus ou de ses annexes*.

Ces conclusions ne visent que l'assurance classique.

L'assurance des *risques tarés*, faisant une plus large place au pronostic individuel, est appelée par son essence même à augmenter l'importance du rôle de la spécialisation.

XIX

IMPORTANCE DES STATISTIQUES

1° La statistique des *cas refusés* au point de vue médical est d'une grande importance pratique, surtout pour les médecins-examinateurs.

2° Une *nomenclature générale* des diverses causes de refus devrait être fixée par une Commission internationale et il serait désirable que cette nomenclature fut acceptée dans tous les pays par les Sociétés d'assurances sur la vie.

TABLE DES PROCÈS-VERBAUX

Pages.

Président d'honneur. Vice-Présidents d'honneur I

Bureau du IIIe Congrès II

Délégués officiels III

Vice-Présidents IV

Membres donateurs du Congrès V

Liste des Membres du IIIe Congrès international des Médecins de Compagnies d'Assurances VII

Séance d'Ouverture 1

Discours de M. le Professeur Brouardel, Président 1

Discours de M. Paulet, Délégué de M. le Ministre du Commerce . . 4

Rapport de M. le Dr A. Siredey, Secrétaire Général, sur l'Organisation du IIIe Congrès 6

Nomination du Bureau 15

Discussion du Rapport de M. le Dr Moritz, sur les Affections chroniques des Veines 15

Discussion du Rapport de M. le Dr Lereboullet, sur la Goutte au point de vue des Assurances sur la vie 17

Discussion du Rapport de M. le Dr Grosse, sur le Rhumatisme Articulaire aigu en matière d'Assurances sur la vie 19

Discussion du Rapport de M. le Dr Mahillon, sur l'Asthme envisagé au point de vue de l'Assurance sur la vie 50

Discussion du Rapport de M. le Dr Edgar Hirtz, sur l'Emphysème pulmonaire 55

Discussion du Rapport de M. le Dr P. Bourcy, sur les Anciens Pleurétiques et l'Assurance 56

Pages.

Discussion du Rapport de M. le Dr Snellen, sur la valeur de certaines mensurations au point de vue de la Tuberculose 39

Discussion du Rapport de M. le Dr Poëls : Risques tarés. — Tuberculose des Os et des Articulations. 46

Discussion du Rapport de M. le Dr Th. Rockwell : Quelques Observations sur l'Admissibilité des Risques tarés 55

Discussion du Rapport de M. Sven Palme, sur les Nouvelles Méthodes essayées dans les Pays Scandinaves pour l'Admission des Risques tarés 57

Communication de M. le Dr Florschütz, sur les Nouvelles Tables de Mortalité de la Banque de Gotha 64

Communication de M. le Professeur Petersen, sur un Essai de statistique médicale des proposants refusés en Russie 75

Discussion du Rapport de M. le Dr Béclère, sur l'Examen Radioscopique chez les candidats à l'Assurance sur la vie. 81

Discussion du Rapport de M. le Dr Weill-Mantou, sur l'Intervention des Spécialistes et des Examens spéciaux dans l'Assurance sur la vie. 84

Discussion du Rapport de M. le Dr Tissier : Doit-on assurer les Femmes enceintes 95

Discussion du Rapport de M. le Dr Van der Heide, sur l'Admission des Candidats au-dessus de 50 ans 103

Discussion du Rapport de M. le Dr A. Garrigues, sur la Lithiase Biliaire dans ses rapports avec les Assurances sur la vie. 107

Discussion du Rapport de M. le Dr H. Gillet, sur la Lithiase Rénale et l'Assurance sur la vie 113

Discussion du Rapport de M. le Dr R. Norton, sur l'Obésité, comme facteur, dans l'Assurance sur la vie 119

Discussion du Rapport de M. le Dr Schulthess, sur les Déviations de la Colonne Vertébrale au point de vue du Médecin d'Assurances 125

Discussion du Rapport de M. le Dr P. Redard, sur les Déformations de la Colonne Vertébrale et du Thorax au point de vue des Assurances sur la vie 125

Discussion du Rapport de M. le Dr P. Guillon, sur le Rétrécissements de l'Urèthre au point de vue des Assurances sur la vie . . 130

Communication de M. le Dr Torkomian, sur un cas d'Albuminurie 133

Allocution de M. le Professeur Brouardel. 135

Pages.

Allocution de M. G. Trouillot, Ministre du Commerce et de l'Industrie 156

Rapport de M. le Dr A. Siredey, Secrétaire Général, sur les Travaux du Congrès 157

Fixation du Siège du IVe Congrès 145

Clôture du IIIe Congrès 146

Vœux et Conclusions votés par le Troisième Congrès International des Médecins de Compagnies d'Assurances 147

51155. — PARIS, IMPRIMERIE LAHURE,
9, rue de Fleurus 9.

3 2044 048 959 316

3 2044 048 959 316